

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 612.821:616-092:378.661.147:614.2.07."312"(045)

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ – АКТУАЛЬНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ПОДГОТОВКЕ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

**П.В. Глыбочко, А.А. Свистунов, В.Ф. Киричук,
А.И. Кодочигова, Е.С. Оленко, М.Г. Кучеров*, Е.А. Кровякова, А.Н. Федоров**

Саратовский государственный медицинский университет

*Санкт-Петербургская государственная медицинская академия
им. И.И. Мечникова

В обзоре показано, что в 90-е годы XX века в нашей стране произошло крушение привычной системы ценностей, переход к стандартам капиталистического общества, что способствовало формированию хронического психосоциального стресса высокого и среднего уровня. Врачи всех специальностей начали сталкиваться с функциональными и психосоматическими расстройствами. Назрела необходимость в подготовке медицинских кадров по специальности «клиническая психология» с изучением психофизиологических основ психосоматических заболеваний и возможности их коррекции. Это направление развития отечественного медицинского образования и здравоохранения в целом представляется прогрессивным и перспективным.

CLINICAL PSYCHOLOGY – ACTUAL DIRECTION IN GROUNDING OF HEALTH MANPOWER (DIRECT)

**P.V. Glibochko, A.A. Svistunov, V.F. Kirichuk,
A.I. Kodochigova, E.S. Olenco, M.G. Kucherov*, E.A. Krovaykova**

Saratov State Medical University

*Saint-Petersburg State Medical Academy by the name of I.I. Mechnikov

In 90-ies years of last century in our country happened the crash of the system of values with transition to the standards of capitalistic society, and it lead to the formation of chronicle psychosocial stress of high and medium levels. Medics of all directions started to face functional psychosomatic diseases. Raised the necessity in grounding of health manpower in discipline of clinical psychology, with the learning of psychophysiological bases of diseases and possibilities if their correction. This direction of development of soviet medical education and health service in general seems progressive and prospective.

90-е годы XX столетия называют десятилетием стресса. Специальные эпидемиологические исследования с использованием объективных методик показали, что в 90-е годы, по сравнению с 80-ми, у населения нашей страны наблюдалось нарастание уровня психосоциального стресса. Было установлено, что около 70% населения жило в условиях хронического психосоциального стресса высокого и среднего уровня [6]. Намечившаяся тенденция к социально-экономическому росту в РФ в последнее время не способствует стабилизации психосоциального напряжения населения во многом из-за новой системы ценностей.

Такие социальные потрясения, как войны, революции, межнациональные конфликты и террористические акты, охватывают большие группы людей вне зависимости от социальной принадлежности и места проживания. Кроме того, в группу повседневных стрессоров входит большой круг событий личной жизни, вызывающих психоэмоциональный стресс (семейный, коммуникативный, профессиональный), внутрличностный и межличностный конфликты. Травмированный людской контингент несет в себе невидимую энергию деструктивности, бумерангом возвращающуюся обществу спустя годы. Социальный

дистресс значительно страшнее эпидемий и природных катаклизмов [20].

Впервые Г. Селье сформулировал понятие о стрессе как о совокупности адаптационно-защитных реакций организма на любое воздействие, порождающее психическую или физическую травму [29]. Он установил общий патофизиологический, эндокринно-биохимический механизм напряжения, вызванного травмирующим влиянием стресса. Этот механизм последовательно включает три этапа: 1) реакцию тревоги, которая представляет собой генерализованное усиление организма приспособиться к новым условиям; 2) стадию резистентности, наступающую вследствие перестройки организма в отношении травмирующего агента; 3) стадию истощения, сменяющую состояние «напряженного резистентного покоя» во взаимоотношениях организма и продолжающей свое патогенное воздействие травмы.

К числу отдаленных вариантов динамического развития психогенно спровоцированных психических нарушений можно отнести хроническое посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Данные эпидемиологического анализа ПТСР свидетельствуют о том, что их распространенность составляет около 12% среди общей популяции и достигает 30% среди населения, подвергшегося воздействию стихийного бедствия или катастрофы [2].

Личные качества индивидуума, его мировоззрение и понимание жизни тоже часто вызывают напряженность, которая порой дорого обходится организму. При этом надо помнить, что каждый человек имеет свою специфическую готовность в психофизиологическом плане к восприятию стрессора. В научно-психиатрической литературе встречается описание «человека-стрессора» – индивида с патологией или акцентуацией характера. Результат взаимодействия с таким человеком рассматривается как разновидность социального стресса и является актуальной проблемой в вопросах психосоматического здоровья окружающих [20].

Психические и соматические последствия названных стрессоров полиморфны и связаны с развитием как психиатрических, так и многочисленных нейровегетативных и психосоматических заболеваний, объединенных единым понятием – «ПТСР». В МКБ-10 ПТСР входит в число расстройств, описываемых в рубрике F43 – «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства», и рассматриваются как часть реакций на тяжелый стресс и нарушения адаптации.

Однако, несмотря на чрезвычайную актуальность вопроса постстрессовой морбидности, проблемой анализа поведения человека в кризисных жизненных ситуациях отечественные психологи стали заниматься сравнительно недавно. Родоначальником этого направления считают Э. Линдемманна, который в 1944 году впервые описал клинику острого горя, обратив внимание специалистов на тот факт, что и горе может перерасти в болезнь. Новым импульсом к изучению данной проблемы послужили наблюдения американских психологов за ветеранами вьетнамской войны, среди которых к началу 90-х годов закончили жизнь самоубийством 58 тысяч человек. Позднее был описан «афганский синдром», сегодня говорят уже о «чеченском» [20].

В исследованиях отечественных ученых доказано, что стрессовый фактор играет важную роль в

возникновении многих заболеваний внутренних органов и наблюдается более, чем в 90% случаев среди основных факторов риска развития эссенциальной артериальной гипертензии (ЭАГ), ишемической болезни сердца (ИБС), язвенной болезни 12-перстной кишки, бронхиальной астмы и сахарного диабета 2-го типа [9]. Даже если нет какого-либо особого психотравмирующего события, всегда есть проблемы старости, смерти, болезней и одиночества. Стрессоры этой категории создают фон или готовность психики реагировать на любую жизненную ситуацию депрессивными и функциональными расстройствами [4, 19, 20]. К стрессам, оказывающим наиболее значимое негативное влияние на пациентов, можно отнести заболевание или смерть близкого человека, уход на пенсию, собственную болезнь, коммерческие неудачи, конфликты в семье, развод или разлуку с супругом [12]. В зарубежных исследованиях последних десятилетий показано, что, независимо от имеющихся факторов риска, депрессивные и тревожно-депрессивные расстройства вносят свой вклад в течение и исход заболеваний внутренних органов [23, 24].

С конца XX века проблемой депрессии, помимо психиатров, стали активно заниматься врачи самых разных специальностей, потому что высокая распространенность атипичных (маскированных) депрессивных расстройств была выявлена у пациентов с различными соматическими заболеваниями [21]. Риск заболеть депрессией в течение жизни составляет около 20% [25].

Депрессии, занимая первое место по распространенности среди всех психических расстройств, становятся одной из основных причин преждевременного снижения трудоспособности и других ограничений социально активной жизни [22].

Взаимосвязь психосоциальных факторов и сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) давно была предметом изучения исследователей, но лишь в последние годы удалось получить очевидные доказательства того, что депрессивные расстройства и собственно депрессия являются независимыми факторами риска развития ЭАГ и ИБС [14, 28, 30]. Психосоциальные факторы могут быть одной из причин ухудшения состояния здоровья населения и влиять на заболеваемость и смертность от ЭАГ и ИБС [17, 27]. Кроме того, расстройства в психоэмоциональной сфере повышают риск внезапной смерти не только у больных ССЗ, но и у клинически здоровых лиц [26].

Крупные эпидемиологические исследования в России по распространенности депрессивных расстройств в общемедицинской сети, инициированные в рамках программы «КОМПАС» в 2002 году, показали, что почти 50% пациентов на приеме врача общесоматического профиля нуждаются в обследовании на наличие депрессивного расстройства. При этом каждый четвертый больной, посещающий терапевта, кардиолога и невролога по поводу соматического заболевания, нуждается в назначении антидепрессанта. Депрессивное расстройство оказывается четвертым по распространенности диагнозом во время амбулаторного приема терапевта и уступает только артериальной гипертензии, ИБС и остеохондрозу позвоночника.

Результаты программы «КОМПАС» свидетельствуют, что 80% пациентов с депрессивными расстройствами пережили в течение последнего года какую-

либо психотравмирующую (стрессовую) ситуацию, негативно повлиявшую на их самочувствие. Интересен тот факт, что в 60% случаев врач знает о наличии в жизни больного стрессовой ситуации, которая привела к ухудшению самочувствия, которое рассматривается как естественная реакция на произошедшее событие. И даже в таких случаях обследование больного на предмет возможного депрессивного расстройства и его лечение не происходят [10]. Кроме того, депрессии ухудшают течение соматического заболевания, усложняя его клиническую картину, и вместе с тем ответственные за увеличение частоты обращений за медицинской помощью [3].

Конечно же, психиатры не могут справиться с таким потоком больных. Ежегодно в мире депрессивные расстройства диагностируются не менее, чем у 200 млн. человек. Распространенность тревожных и депрессивных расстройств неуклонно растет [5, 8, 31]. Именно поэтому ключевая роль в диагностике и лечении депрессий, согласно позиции ВОЗ, должна принадлежать врачам общемедицинского профиля. До 80% всех антидепрессантов в мире назначают именно врачи общесоматических специальностей.

К сожалению, в России ситуация с диагностикой и лечением депрессий значительно отличается от общемировой [12]. За относительно короткий период времени в нашей стране произошло крушение привычной системы ценностей, переход к стандартам капиталистического общества с его высокой мотивацией достижений, интенсификацией ритма жизни, модификацией семейных ценностей и социальной принадлежностью людей [13]. Врачи всех специальностей стали сталкиваться с функциональными и соматоформными расстройствами. За последнее десятилетие отмечается значительное увеличение количества больных с психосоматической патологией. В настоящее время от 15 до 60% населения страдает психосоматическими недугами [18]. Функциональное расстройство можно обнаружить более, чем у 30% больных и в стационарах, и в амбулаторных условиях [16]. По данным ВОЗ, от 38 до 42% всех пациентов, посещающих кабинеты соматических врачей, относятся к группе психосоматических больных, и по прогнозам количество таких пациентов к 2020 году возрастет вдвое [11].

Разнообразие клинических проявлений психосоматических заболеваний, нередко протекающих в виде нозологически не оформленных психофизиологических реакций, делает проблему изучения этой очень распространенной патологии весьма актуальной, тем более что механизмы формирования психосоматозов до конца не ясны [1, 7]. К сожалению, ни врачи общего профиля, ни психиатры не подготовлены к работе с такими пациентами.

В резолюции специальной конференции «Психиатрия консультирования и взаимодействия, 2005», состоявшейся в Санкт-Петербурге, обращается внимание на такую положительную тенденцию, как формирование в отечественной медицине устойчивых преемственных отношений между соматической и психиатрической службой. Одновременно показана необходимость организации трех моделей психосоматических отделений: 1) психосоматические центры с собственным коечным фондом, ориентированные на оказание помощи больным с конверсионными, функциональными и соматоформными расстройствами; 2) психосоматические центры в структуре

многопрофильных соматических стационаров и поликлиник; 3) профилированные психосоматические отделения, ориентированные на определенную соматическую патологию [15].

Таким образом, в настоящее время необходима подготовка квалифицированных специалистов-интернистов, владеющих навыками психоанализа, способных распознать функциональный характер расстройств и несоответствие жалоб объективному состоянию пациента. Кроме того, помимо распознавания психофизиологической природы заболевания, врач должен уметь правильно строить отношения с пациентом и владеть навыками рациональной психотерапии.

С учетом современных реалий и крайней актуальности более широкого внедрения в практическую деятельность врачей, владеющих знаниями и навыками медицинской психологии и психофизиологической коррекции, в ГОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет Росздрава» с 2007 года вводится новое направление подготовки медицинских кадров по специальности «клиническая психология» с изучением психофизиологических основ психосоматических заболеваний и возможности их коррекции. Это направление развития отечественного медицинского образования и здравоохранения в целом представляется прогрессивным и перспективным.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. – М.: Перрлс, 2000. – 296 с.
2. Александровский Ю.А. Посттравматическое стрессовое расстройство и общие вопросы развития психогенных заболеваний // Рос. псих. журн. – 2005. – № 1. – С. 4–12.
3. Бурячкова Л.И., Полякова Е.О., Сумароков А.Б. Влияние депрессивных расстройств на развитие и исход сердечно-сосудистых заболеваний // Тер. архив. – 2006. – № 11. – С. 87–92.
4. Вейн А.М., Воробьева О.В., Дюкова Г.М. Стресс, депрессия и психосоматические заболевания / М.: Издательство фармацевтической фирмы Servier. – 2003. – С. 7.
5. Гафаров В.В., Гагулин И.В. Популяционное исследование социально-психологических факторов риска ИБС в мужской популяции Новосибирска // Тер. архив. – 2000. – № 4. – С. 40–43.
6. Копина О.С., Суслова С.Ф., Заикин Е.Р. Популяционные исследования психосоциального стресса как фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний // Кардиология. – 1996. – № 3. – С. 23–27.
7. Коркина М.В., Марилев В.В. Роль психосоматических циклов в генезе психосоматических заболеваний // Журн. неврол. и психиатр. – 1998. – № 11. – С. 30–32.
8. Лякищев А.А. Влияние лечения депрессии на клинические события после инфаркта миокарда // Кардиология. – 2003. – № 9. – С. 76–77.
9. Новикова И.А., Сидоров П.И., Соловьев А.Г. Основные факторы риска развития психосоматических заболеваний // Тер. архив. – 2007. – № 1. – С. 61–64.
10. Оганов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смулевич А.Б. и др. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике. Результаты программы КОМПАС // Кардиология. – 2004. – № 1. – С. 48–55.
11. Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Шальнова С.А. и др. Депрессивные расстройства в общемедицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога // Кардиология. – 2005. – № 8. – С. 37–43.
12. Ольбинская Л.И. О проблеме депрессии в терапевтической практике. Что показала программа КОМПАС // Тер. архив. – 2005. – № 10. – С. 85–89.
13. Погосова Г.В. Депрессии у кардиологических больных: современное состояние проблемы и подходы к лечению // Кардиология. – 2004. – № 1. – С. 88–93.
14. Погосова Г.В. Депрессия – новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти // Кардиология. – 2002. – № 4. – С. 86–91.

15. Ромасенко Л.В. Депрессивные расстройства в общей медицинской практике // Тер. архив. – 2006. – № 10. – С. 5–8.
16. Сапир М. Размышления о медицине, ее техническом прогрессе, ее возможностях и связи между большим и болезнью // Независимый психиатрический журнал. – 1996. – № 3. – С. 35–38.
17. Смирнова Н.В. Клинико-эпидемиологические и половозрастные особенности психогенных и других факторов риска при артериальной гипертензии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новгород, гос. ун-т. – В. Новгород, 2005. – 18 с.
18. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Козырев В.Н. и др. Психосоматические расстройства (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи) // Журн. неврол. и психиатр. – 1999. – Т. 99. – №4. – С. 4–16.
19. Тадевосян А. Психическая травма // Серийные убийства и социальная агрессия: что ожидает нас в XXI веке: Материалы конференции. – Ростов-на-Дону, 2001. – С. 182.
20. Тадевосян А. Стрессология как теоретическая концепция стрессовых расстройств: Аналитический обзор // Рос. псих. журн. – 2006. – № 6. – С. 86–92.
21. Хлебникова Л.Ю. Клиническая характеристика атипичных (маскированных) депрессивных расстройств у больных в общей медицинской практике: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2004.
22. Чазов Е.И., Оганов Р.Г., Погосова Г.В. и др. Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): Первые результаты многоцентрового исследования // Кардиология. – 2005. – № 11. – С. 4–10.
23. Anda R., Williamson D., Jones D. et al. Depressed affect, hopelessness, and risk of ischemic heart disease in a cohort of US adults // Epidemiology. – 1993. – № 4. – P. 285–294.
24. Ariyo A.A., Haan M., Tangen C.M. et al. Depressive symptoms and risks of coronary heart disease and mortality in elderly Americans // Circulation. – 2000. – № 102. – P. 1773–1779.
25. Costa-e-Silva J.-A. Facing depression: Editorial. WPA Teaching Bull. Depress. – 1993. – № 1(1): 1.
26. Glassman A.H., Shapiro P.A. Depression and the course of coronary artery disease // Am. Journal Psychiatr. – 1998. – № 155. – P. 4–11.
27. Larson S.L., Owens P.L., Ford D., Eaton W. Depressive disorder, dysthymia, and risk of stroke // Thirteen-year follow-up from Baltimore Epidemiologic Catchments Area Study-Stroke. – 2001. – № 9. – P. 1979.
28. Scalco A.Z., Scalco M.Z., Azul J.B. et al. Hypertension and depression // Clinics. – 2005. – № 60 (3). – P. 241–250.
29. Selye H. Perspectives in Stress // Research. Perspectives in Biol. and Med. – 1959. – Vol. II. – № 4. – P. 403.
30. Sorensen C., Brandes A., Thrane J. et al. Depression and acute coronary syndrome, prevalence and significance for survival // Europ. Heart J. – 2000. – № 21. – P. 212.
31. Sykes D.H., Arveiler D., Salters C.P. et al. Psychosocial risk factors for heart disease in France and Northern Ireland: The Prospective Epidemiological Study of Myocardial Infarction (PRIME) // International Journal of Epidemiology. – 2002. – № 31. – P. 1227–1234.

УДК 616.1/4-02:612.014.5-056.4-007.17(045)

РОЛЬ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ И АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ: НЕДОСТАТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА – ФАКТОР РИСКА?

А.Г.Мартынова, А.И.Кодочигова, В.Ф.Киричук, В.Н.Николенко, Т.М.Демина, Т.И.Мареева

Саратовский государственный медицинский университет

Для изучения психофизиологических предпосылок формирования психосоматической патологии обследованы клинически здоровые лица в количестве 264 человек обоего пола (средний возраст $22,16 \pm 2,42$ года), которые в зависимости от показателей индекса массы тела (ИМТ) были разделены на две группы: с нормальными значениями ИМТ и с недостаточной массой тела. С помощью психодиагностических методов (Сокращенный Многофакторный Опросник для исследования Личности – СМОЛ, психогеометрический тест, тест Ч. Спилбергера, тест С. Субботина, тест Д. Экклза) было установлено, что лица с недостаточной массой тела имеют противоречивые личностные черты, которые составляют патологический препсихосоматический личностный радикал, лежащий в основе развития психосоматозов и девиантного поведения.

THE ROLE OF PSYCHOPHYSIOLOGIC AND ANTHROPOMETRIC DESCRIPTIONS IN THE BEGINNING OF PSYCHOSOMATIC PATHOLOGY: IS THE DEFICIENCY OF BODY WEIGHT A RISK FACTOR?

A.G. Martinova, A.I. Kodochigova, V.F. Kirichuk, V.N. Nikolenko, T.M. Demina, T.I. Mareeva

Saratov State Medical University

In order to find out psychophysiological preconditions for the beginning of psychosomatic pathology, 264 clinically healthy persons of both sexes were examined (the average age was $22,16 \pm 2,42$). All of them were divided into 2 groups according to their body weight index: the first group had normal body weight index, the second had deficiency of body weight. With the help of psychodiagnostic methods (Reduced Multiple Questionnaire for the examining of the Personality, Psychogeometrical test, Spielberger's test, Subbotin's test, Ekkles's test) it was found that persons with deficiency of body weight had had conflicting personality features, which form prepsychosomatic radical of personality. It underlies the development of psychosomatics diseases and deviant behavior.