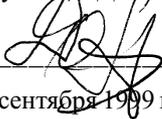


**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

“СОГЛАСОВАНО”

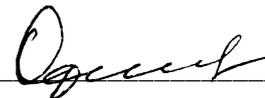
Заместитель начальника  
Главного управления кадровой  
политики, учебных заведений и  
науки Н.И. Доста



15 сентября 1999 г.

“УТВЕРЖДАЮ”

Первый заместитель  
министра  
В.М. Ореховский



16 сентября 1999 г.  
Регистрационный № 79-9907

**ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА  
(КЛАССИФИКАЦИЯ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ)**

Минск 1999

***Учреждение-разработчик:***

Белорусский государственный институт усовершенствования врачей

***Автор:*** канд. мед. наук, доц. И.А. Байкова

***Рецензенты:*** канд. мед. наук, доц. А.А. Головач,  
д-р мед. наук, проф. Ф.М. Гайдук

Методические рекомендации предназначены для врачей общей практики.

Методические рекомендации утверждены Министерством здравоохранения Республики Беларусь в качестве официального документа

## ВВЕДЕНИЕ

Понятие «*психосоматика*» включает в себя 2 аспекта:

- психосоматические заболевания
- психосоматическая медицина

*Психосоматические заболевания* — это болезни, в возникновении которых наиболее существенную роль играют психологические факторы. Для них очевидна связь с психотравмирующим воздействием и достаточно четкая ориентированность патологических проявлений на определенную висцеральную систему.

*Психосоматическая медицина* — современная концепция, которая учитывает комплексные сомато-психосоциальные взаимодействия при возникновении, течении и, в особенности, при терапии заболеваний: таким образом, психосоматика представляет собой подход, учитывающий многообразие причин возникновения болезней.

Специальный интерес психосоматики направлен на группу заболеваний, при которых эмоциональные (психологические) факторы играют особо важную роль. Следует, однако, стремиться к тому, чтобы психосоматика развивалась в позицию врача, которую можно было бы обозначить как «интегральный подход в медицине». Интерес к такому «интегральному» (обобщающему) психосоматическому подходу в общей медицине возник не случайно. Пришло четкое понимание того, что болезни часто возникают на почве множественных этиологических факторов. В связи с этим возник особый интерес к той роли, которую могут играть психологические и социальные факторы. Больной не является лишь носителем какого-либо заболевшего органа, в свете этих представлений мы должны рассматривать и лечить его как человека в целом. Если медицина не хочет стать техникой «лечения протезов», то она должна учитывать психосоматические связи. Иными словами: понимание психологических проблем больного должно в такой же степени принадлежать вооружению врача, как и медикаменты, и инструментарий. Это тем более актуально, так как около 30% больных, приходящих на прием к терапевту, страдают функциональными или эмоционально обусловленными расстройствами. С другой стороны, внутренние конфликты, нарушение социальных связей, психотравмирующая ситуация изменяют картину органического заболевания, влияют на его течение, длительность и даже устойчивость к терапии.

Почему возникает то или иное психосоматическое заболевание? Какие факторы участвуют в формировании психосоматических заболеваний? Кто страдает данными заболеваниями?

На эти вопросы ученые и практики в психиатрии, психологии и терапии пытаются ответить уже более ста лет. Впервые термин «психосоматический» был введен в 1818 году немецким врачом Heinroth в отношении бессонницы.

# ОСНОВНЫЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ КОНЦЕПЦИИ ЭТИОЛОГИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

## 1. Психоаналитическая концепция

Первая теоретическая концепция психосоматических расстройств принадлежит З.Фрейду, согласно которой неотрагированные эмоции, не нашедшие в свое время нормального выхода, переводятся в бессознательное, сохраняя свою аффективную силу. Телесный симптом (по Фрейду) — это символ (остаток) перенесенных ранее эмоциональных травматических переживаний. Таким образом, происходит конверсия (перенесение) эмоционального состояния на орган.

## 2. Концепция специфического эмоционального конфликта (F.Alexander)

Исходя из того, что каждая эмоция имеет соответствующее соматическое выражение, Ф.Александр делает вывод, что и патологические аффекты (продолжительные, избыточные или подавленные) должны проявляться нарушением функции органов, причем определенные конфликтные ситуации имеют сродство к определенным системам органов (ярость — к сердечно-сосудистой системе, чувство зависимости, потребность в любви — к желудочно-кишечному тракту и т.д.). Развивающееся при этих конфликтных ситуациях функциональное расстройство органа (вегетативный невроз) расценивается как физиологический ответ органа на хронически существующее или периодически повторяющееся эмоциональное состояние.

Подавленная агрессивность, сдержанный гнев, враждебность через активацию симпатической системы ведут к развитию гипертонии, гипертиреоза, диабета, артритов; тогда как неудовлетворенные потребности в защищенности, уверенности, нереализованные сексуальные побуждения через активацию парасимпатической нервной системы ведут к язвенной болезни, нейродермиту и бронхиальной астме.

## 3. Концепция профиля личности (F.Dunbar)

Определенные психосоматические заболевания коррелируют со специфическими типами личности. Ф.Данбар была выявлена связь особенностей профиля личности с вероятностью развития ряда заболеваний: были выделены коронарный, гипертонический, аллергический и склонный к травматизации типы личности. Например, для больных ИБС характерны амбициозность, повышенная сознательность, неспособность разрядить внутреннее напряжение, тревожность и агрессия. Эта теория дала толчок для последующей разработки поведенческих типов (А и Б), которые стали рассматривать как факторы риска развития психосоматических заболеваний.

## 4. Концепция десоматизации — ресоматизации (M. Schur)

В основе этой концепции лежит представление о тесной связи соматических и психологических (эмоциональных) процессов у человека в периоде раннего детства, которая ослабевает по мере его взросления. Нормальное развитие человека соответствует понятию десоматизации. В отягощающих жизненных ситуациях

активируются бессознательные невротические конфликты, возникает физиологическая регрессия с явлениями ресоматизации: эмоциональное нарушение трансформируется в нарушение соматических функций.

### **5. Концепция алекситимии (P.Sifneos)**

В основе психосоматических заболеваний лежит алекситимия — психологическое расстройство, характеризующееся ограниченной способностью адекватно воспринимать и проговаривать свои ощущения и эмоциональное состояние. Источники алекситимии усматриваются в дисфункциональных строго регламентированных стереотипных отношениях в семьях, в которых свободное выражение чувств не поощряется.

### **6. Концепция нервизма**

Основана на экспериментальных данных, доказывающих влияние экзогенных факторов на физиологическое функционирование внутренних органов (Сеченов И.М., Павлов И.П., Быков К.М.). Согласно этой концепции висцеровегетативные расстройства возникают в результате хронического патологического перенапряжения коры головного мозга (кортиковисцеральный механизм).

### **7. Теория стресса (H. Selye)**

Состояние организма при хронической стрессовой реакции отражают три стадии: тревоги, сопротивления (адаптации) и истощения с соответствующими реакциями нервной и эндокринной систем. Свойственная психосоматическим заболеваниям существенно большая (по сравнению с неврозом) выраженность психовегетативного аффекта привела к предположению, что в основе этого различия лежит большая интенсивность и длительность психотравмирующего воздействия. Причем, существенна лишь сумма эмоциональных стрессовых состояний отрицательного характера, которые сами по себе без генетической или приобретенной (травма, заболевание) предрасположенности органа не вызывают специфических психосоматических расстройств.

## **ОБЩИЕ ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ЧЕРТЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:**

- Очевидная связь с психотравмирующим воздействием.
- Четкая ориентированность патологических проявлений на определенную висцеральную систему.
- Наличие подавленных эмоциональных переживаний (40% тревога, 60% депрессия). Пациенты, страдающие психосоматическими расстройствами испытывают гораздо больше негативных эмоций, чем способны оценить на вербальном уровне, для них характерны трудности в понимании и выражении эмоций.
- Первое проявление в любом возрасте (чаще позднем подростковом)
- После манифестации — хроническое или рецидивирующее течение.
- Отчетливые постоянные психологические характеристики пациентов.
- Внешне гладкие и формальные социальные контакты.

## КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В современной классификации психических заболеваний МКБ-10 психосоматические расстройства называются соматоформными и рассматриваются в отдельной рубрике.

Под соматоформными расстройствами (F 45) понимается повторяющееся возникновение физических симптомов, заставляющих предположить соматическое заболевание, которое не подтверждается объективными данными медицинского обследования. Если физические расстройства и присутствуют, то они не объясняют природу и выраженность симптоматики, а так же страдания и озабоченности больного. Даже когда возникновение и сохранение симптоматики тесно связано с неприятными жизненными событиями, трудностями или конфликтами, больной, обычно, противится попыткам обсуждения возможности ее психологической обусловленности; это может иметь место даже при наличии отчетливых депрессивных и тревожных симптомов. При этих расстройствах часто наблюдается некоторая степень демонстративного поведения, направленного на привлечение внимания, особенно у больных, которые негодуют в связи с невозможностью убедить врачей в преимущественно физической природе своего заболевания и в необходимости продолжения дальнейших осмотров и обследований.

### В МКБ 10 ВЫДЕЛЕНА СЛЕДУЮЩИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КАТЕГОРИИ:

#### *F 45.0 — соматизированное расстройство*

Основным признаком является наличие множественных, повторно возникающих и часто видоизменяющихся соматических симптомов, которые обычно имеют место на протяжении ряда лет, предшествующих обращению пациента к психиатру. Большинство пациентов проходят длительный путь, включающий специальные виды диагностики, давшие отрицательные результаты, и выполненные бесполезные оперативные вмешательства. Симптомы могут относиться к любой части тела или системе, но наиболее часто встречаются желудочно-кишечные проявления (боль, отрыжка, регургитация, тошнота и т.д.), а так же аномальные кожные ощущения (зуд, жжение, покалывания, онемение и т.д.). Часто обнаруживаются отчетливая депрессия и тревога. Течение хроническое и волнообразное, часто сочетается с длительным нарушением социального и семейного поведения. Чаще встречается у женщин, начинается в молодом возрасте. Характерно злоупотребление или зависимость от седативных и анальгезирующих средств.

Установление диагноза требует наличия всех следующих признаков:

- Наличие в течение не менее двух лет множественных и варьируемых соматических симптомов, которым не было найдено адекватного соматического объяснения;
- Постоянное неверие различным врачам, которые пытались разубедить пациента в существовании органической причины их симптомов и отказ следовать их советам;

Некоторая часть нарушения социального и семейного функционирования может быть отнесена за счет природы симптомов и обусловленного ими поведения.

### *F 45.1 — недифференцированное соматоформное расстройство*

Эта категория используется в случаях, когда соматические жалобы множественны, вариабельны и длительны, но в тоже время полная и типичная клиническая картина соматизированного расстройства не обнаруживается. Например, может отсутствовать напористый и драматический характер предъявления жалоб, последние могут быть сравнительно малочисленны или может полностью отсутствовать нарушение социального и семейного функционирования, длительность расстройства составляет менее 2-х лет.

### *F 45.2 — ипохондрическое расстройство.*

Основной признак — постоянная озабоченность возможностью заболеть одним или более тяжелым и прогрессирующим соматическим расстройством. Больные постоянно предъявляют соматические жалобы или проявляют озабоченность своим соматическим состоянием. Нормальные или обыкновенные ощущения и явления часто интерпретируются больным как аномальные и неприятные, причем внимание обычно фокусируется на одном или двух органах или системах организма. Больной может назвать предполагаемое соматическое заболевание или дефект тела, тем не менее, степень убежденности в наличии заболевания обычно меняется от консультации к консультации, причем пациент считает более вероятным то одно заболевание, то другое. Нередко больной предполагает, что помимо основного заболевания существует и дополнительное. Часто присутствует выраженная депрессия и тревога. Течение имеет хронический и волнообразный характер, редко впервые проявляется после 50 лет. Не должно быть устойчивого бреда, тема которого касается функции или формы тела.

Для установления диагноза необходимо сочетание следующих критериев:

1. Наличие постоянных идей о существовании одного и более тяжелых соматических заболеваний, обуславливающих имеющийся симптом или симптомы, или фиксация на предполагаемом уродстве, причем указанная идея сохраняется, несмотря на то, что не обнаружено адекватное соматическое объяснение соответствующим жалобам;
2. Постоянное неверие различным врачам, пытающимся убедить пациента в отсутствии соматической болезни, обуславливающих их симптомы.

### *F 45.3 — соматоформная вегетативная дисфункция.*

Жалобы больных касаются органов или систем, которые в основном или полностью находятся под влиянием вегетативной нервной системы (сердечно-сосудистой, дыхательной, желудочно-кишечной, мочеполовой). Симптомы обычно бывают двух типов, ни один из которых не указывает на физическое расстройство затрагиваемого органа или системы: 1. Жалобы, отражающие объективные признаки вегетативного возбуждения (сердцебиение, потение, покраснение, тремор). 2. Идиосинкратические, субъективные и неспецифические симптомы, такие как ощущение болей, жжения, тяжести, напряжения, ощущения раздувания или растяжения. Эти жалобы относятся больными к определенному органу или системе (к которым может относиться и вегетативная симптоматика). У многих больных имеются указания на наличие психологического стресса или затруднения и проблемы, которые представляются связанными с расстройством.

Для установления диагноза необходимы все следующие критерии:

1. Симптомы вегетативного возбуждения, такие как сердцебиение, потение, тремор, покраснение, которые имеют хронический характер и причиняют беспокойство.
2. Дополнительные субъективные симптомы, относящиеся к определенному органу или системе.
3. Озабоченность возможным серьезным (но часто неопределенным) заболеванием этого органа или системы, причем повторное объяснение и разуверения на этот счет врачей остаются бесплодными.
4. Отсутствуют данные о существенном структурном или функциональном нарушении данного органа или системы.

F 45.30 — сердце и сердечно-сосудистая система.

Включаются невроз сердца, синдром Да Коста, нейроциркуляторная дистония.

F 45.31 — верхние отделы ЖКТ.

Включаются невроз желудка, психогенные аэрофагии, икота, диспепсия, пилороспазм.

F 45.32 — нижние отделы ЖКТ.

Включаются психогенный метеоризм, синдром раздраженного кишечника, синдром газовой диареи.

F 45.33 — дыхательная система.

Включаются психогенные формы кашля и одышки.

F 45.34 — мочеполовая система.

Включаются психогенные повышения частоты мочеиспускания, психогенная дизурия.

F 45.38 — Другие органы и системы.

F 45.4 — хроническое соматоформное болевое расстройство

Основная жалоба — постоянная, тяжелая и психически угнетающая боль, которая полностью не может быть объяснена физиологическим процессом или соматическим расстройством и которая появляется в сочетании с эмоциональным конфликтом или психосоциальными проблемами, которые могут быть расценены в качестве главной причины. Результатом обычно являются отчетливое усиление поддержки и внимания со стороны отдельных лиц либо медиков.

F 45.8 — другие соматоформные расстройства

При этих расстройствах жалобы больных не опосредуются вегетативной нервной системой и ограничиваются отдельными системами либо частями тела (это отличает от соматизированного и недифференцированного соматоформного расстройства). Повреждение тканей не имеется. Сюда следует относить любые другие расстройства ощущений, возникающие вне связи с органическими расстройствами, и тесно связанные по времени со стрессорными событиями:

1. «Истерический ком» (ощущение комка в горле, вызывающее дисфагию), а так же другие формы дисфагии.
3. Психогенная кривошея и другие расстройства, сопровождающиеся спазмоидными движениями (исключая синдром Туретта).

4. Психогенный зуд (исключая специфические кожные расстройства, такие как алопеция, дерматиты, экзема или уртикария психогенного генеза F 54).

5. Психогенная дисменорея (исключая диспареунию F 52.6 и фригидность F 52.0).

6. Скрежетание зубами.

*F 54 — психологические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами или заболеваниями, классифицированными в других разделах МКБ.*

Эта категория используется для регистрации психологических или поведенческих факторов, которые сыграли важную роль в этиологии физических расстройств, классифицируемых в других главах МКБ-10.

Для регистрации соматического расстройства используется дополнительный код. Например, язва желудка — F 54 + K 25, язвенный колит — F 54 + K 54, крапивница — F 54 + L 50.

Для врача общей практики может быть более привычной следующая классификация психосоматических нарушений, отражающая их основные типы.

- Психосоматические реакции
- Психосоматические нарушения
- Конверсионные нарушения
- Функциональные психосоматозы
- Органические психосоматозы.

**Психосоматические реакции** — появляются в напряженных жизненных ситуациях, например: сердцебиение влюбленного, головокружение после перенесенного несчастного случая, потеря аппетита при печали.

Такие состояния обычно исчезают, если меняется вызвавшая их ситуация. Они характерны для всех людей и не базируется на серьезных психических аномалиях, а так же не требует терапевтического вмешательства.

## ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ

Невротический конфликт получает вторичный соматический ответ. Симптом имеет символический характер, демонстрация симптомов может пониматься как попытка решения конфликта. Конверсионные проявления затрагивают в большей части произвольную моторику и органы чувств (истерические параличи, парестезии, психогенная слепота и глухота, рвота, болевой феномен). Расстройства рассматриваются в рубрике F 44 МКБ 10 (диссоциативные расстройства движений и ощущений). Расстройства с наличием таких симптомов, как боль, соматические жалобы соответствуют рубрике F 45.

### **Функциональные психосоматические синдромы**

В этой группе находится преобладающая часть «проблемных пациентов», которые приходят на прием с пестрой картиной часто неопределенных жалоб, которые могут затрагивать сердечно-сосудистую систему, желудочно-кишечный тракт, двигательный аппарат, органы дыхания или мочеполовую систему. Тканевые (структурные)

изменения отсутствуют. В отличие от конверсионных симптомов, отдельный симптом не имеет специфического значения, является неспецифическим следствием нарушенной телесной функции. Эти состояния часто назывались органичными невротами.

– ЖКТ: спазм глотательных мышц, аэрофагия, кардиоспазм, «нервный» понос, психогенный запор, дискинезии, боль в прямой кишке.

– Сердечно-сосудистая система: функциональная тахикардия, некоторые формы аритмии, псевдостенокардия.

– ЦНС: мигрень, невротическая полидипсия.

– Органы дыхания: психогенные изменения частоты или глубины дыхания, бронхоспазм, гипервентиляционные судороги.

– Мочеполовая система: психогенные нарушения диуреза и менструального цикла, вагинизм, импотенция.

Эти расстройства соответствуют рубрике F 45 МКБ 10.

### **Психосоматические заболевания (психосоматозы)**

Развиваются в ответ на конфликтное переживание с появлением морфологически устанавливаемых изменений и патологических нарушений в органах. Исторически к этой группе относятся классические психосоматические заболевания.

### **БЕЗУСЛОВНЫЕ ПСИХОСОМАТОЗЫ**

– Бронхиальная астма

– Язвенный колит

– Эссенциальная гипертония

– Нейродермит

– Ревматоидный артрит

– Язва 12-перстной кишки

– ИБС

Кроме безусловных психосоматозов к этой группе относят целый ряд органичных психосоматозов.

– ЖКТ: гастрит, язва желудка, колит (слизистый, спастический), геморрой.

– ССС: гипотония.

– Органы дыхания: вазомоторный ринит, спастический бронхит.

– Мочеполовая система: аднексит, простатит.

– Эндокринная система: гипертиреоз, сахарный диабет, ожирение, анорексия (булимия), неукротимая рвота беременных.

– Кожа: псориаз, крапивница, экзема.

– Опорно-двигательная система: ревматизм, люмбаго.

– Глаза: психосоматическая глаукома, блефарит.

Органные психосоматозы соответствуют рубрике F 54 МКБ 10.

## **АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

### **Астенические нарушения**

Выявляются у всех больных, проявляются в психической и соматической сферах. Характеризуются нарушением сна, раздражительностью, гиперестезиями, физической и психической утомляемостью, колебаниями самочувствия, эмоциональной лабильностью, слабостью внимания, общим недомоганием.

Характерно:

- Тотальный характер астении (психическая и физическая сфера)
- Колеблется от легкой, до степени бессилия.
- Ощущается как по всему телу, так и в отдельных частях.
- Мучительный фон общего дискомфорта и недомогания.
- Чаще возникает без связи с каким-либо внешним либо внутренним психофизическим раздражителем.
- Наибольшая интенсивность в утренние и вечерние часы.

### **ДЕПРЕССИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ**

В структуре собственно депрессивных расстройств отмечаются пониженное настроение, тревожность и беспокойство, сочетающиеся с двигательной и идеаторной заторможенностью, печалью, снижением интересов, несколько реже — равнодушием, тоской, чувством вины. Возможны колебания интенсивности депрессивных проявлений как в соосветствии с суточным ритмом, так и не зависимо от него. Доминируют идеаторные, моторные и сенсорные проявления.

Аффективно-идеаторный компонент: неглубокое, но обязательное снижение настроения, готовность к сверхценным идеаторным образованиям ( часто отступает на второй план). На первом плане — сенсорные и соматоформные нарушения в виде тягостных и мучительных нарушений самочувствия. Могут быть суицидные тенденции («лучше не жить»), мотив — плохое самочувствие и длительное неэффективное лечение.

### **ИПОХОНДРИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ**

Проявляются в виде тревожных опасений за здоровье, навязчивых страхов заболеть, упорных жалоб на различные недомогания, сомнений или убежденности в наличии соматического заболевания. Ипохондрические образования связаны с телесными ощущениями.

Можно выделить 3 этапа ипохондрических переживаний:

- Опасения

- Страх
- Сверхценные (навязчивые) мысли.

В клинической практике употребляется понятие «профиль ипохондрика», включающий в себя комплекс признаков, позволяющих изначально очертить круг таких больных:

- Социальная, бытовая и профессиональная дезорганизация.
- Переплетение реального с болезненным.
- Многочисленные изнуряющие, изматывающие физические и психические процедуры обследования, не обнаруживающие органической патологии.
- Неприятие результатов обследования и упорное продолжение их.
- Гротескная интерпретация любых медицинских обследований и объяснений.
- Поиски своего доктора и непризнание своей личной ответственности.
- Превращение в клинического больного, постоянное пребывание в стационарах.
- Нарастание критичности (негативизма) к врачам.
- Демонстративное неповиновение.
- Иллюзия величия (их болезнь такова, что ни один врач не может добраться до истины).

## **ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕЛЕСНЫЕ ОЩУЩЕНИЯ**

Охватывают различные органы и системы, разнообразны и полиморфны. Характеризуются мучительным, странным, необычным и неопределенным характером. Не имеют определяемых диагностическими методами причин. Чаще всего больные предъявляют жалобы на сердечно-сосудистую систему, описывая их как «жжет, ноет, колет, сжимает, замирает, пульсирует, сдавливает». В голове они проявляются в виде «опьяненности, тяжести, прилива, удара». Со стороны желудочно-кишечного тракта отмечаются жалобы типа «желудок сводит, распирает, колет, обжигает кислотой» и т.д. Со стороны мышц и кожи жалобы на ощущения жара, жжения, холода, прохождения тока, зуда и др. Со стороны конечностей — тяжесть, онемение, чувство холода. Кроме того, патологические телесные ощущения характеризуются вегетативно-сосудистыми нарушениями, укладывающимися в картину психовегетативного синдрома. Его характеризуют: эмоциональная неустойчивость, внутреннее беспокойство, тревога, утомляемость, раздражительность, расстройства сна, бледность или гиперемия, тремор или озноб, гипергидроз, лабильность артериального давления и пульса, удушье, тошнота, чувство обморока, парестезии, болевые ощущения в органах, гиперперистальтика кишечника, отрыжка, запоры, нарушение аппетита, дисменорея.

## **КРИТЕРИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

- Наличие в структуре заболеваний патологических телесных ощущений.
  - Появление патологических ощущений на фоне (и в связи) собственно психических нарушений, которые не замечаются больными и врачами или же им придается второстепенное, зависимое от первых значение как «психологически понятных» по поводу якобы имеющейся соматической патологии.
  - Отсутствие параллелизма между субъективными переживаниями больного и выявленными морфологическими изменениями (или полным отсутствием таковых), топографическое несоответствие болезненных ощущений периферической иннервации.
  - Невозможность уложить соматическое проявление в симптоматику какого-либо соматического заболевания.
  - Особенности клинических проявлений в виде странности, непонятности, мучительности, а так же затрудненности передать или описать свое состояние.
  - Социальная, бытовая, профессиональная дезадаптация при отсутствии интеллектуально-мнестического и эмоционально-волевого снижения. Снижение самокритичности, нарастание негативизма.
  - «Марафон» по специалистам в поисках своего врача в результате неудовлетворенности результатами предшествующего обследования и лечения.
- Колебание состояния под влиянием различных факторов (психогенных, психофизических, интоксикации, метео и т.д.)
- Положительные результаты от лечения психотропными средствами.

## **ЛЕЧЕНИЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

- Психофармакотерапия
- Психотерапия
- Комбинация психотерапии с психофармакотерапией.

Целесообразно проведение комплексной терапии психосоматических расстройств, основанной на сочетанном воздействии как на биологический, так и на психический компонент заболевания. Воздействие на психическую составляющую болезни базируется на двух компонентах — психотерапии и психофармакотерапии. Комбинация этих двух составляющих потенцирует друг друга. Психофармакотерапия может создавать предпосылки для проведения психотерапии, с другой стороны психотерапия может объяснить пациенту необходимость приема психофармакологических препаратов для воздействия на соматическую сферу.

## КЛИНИЧЕСКИЕ КОНЦЕПЦИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

### 1. Биологические концепции.

– Признание роли психического стресса и его эмоциональных проявлений (тревоги и депрессии) в генезе психосоматических расстройств диктует введение в терапию транквилизаторов, антидепрессантов, нейропротекторов, адаптогенов.

– Поиск препаратов, которые одновременно могли бы действовать на соматические проявления и психическое состояние.

### 2. Личностные концепции.

– Изучение жизненного пути личности как совокупности событий и отношений.

– Судьба личности в связи со способами переживания жизненных событий.

### 3. Холистические концепции.

– Представление о целостности человека и его неделимости на душу и тело.

### 4. Семейная концепция.

– Учет роли семьи в генезе психосоматических расстройств.

## ПСИХОТЕРАПИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Причины трудности психотерапии психосоматических расстройств:

– роль биологических факторов;

– сопротивление пациента;

– негативный контрперенос у врачей;

– некомпетентность в психосоматике рядового врача.

*Основные сферы психотерапии*

### 1. Опосредование и потенцирование воздействий биологической терапии.

– как сделаны назначения, как восприняты и приняты пациентом;

– модель ожидаемых эффектов терапии (лечебных и возможных побочных).

### 2. Использование психологических основ ухода за больными.

### 3. Установление терапевтического контакта

– эмпатический контакт;

– деловое содружество.

### 4. Специальная психотерапия (методы психотерапии).

*Суггестивная психотерапия*

Внушение в гипнотическом или бодрствующем состоянии, аутогипноз. Используется для приведения в ресурсное состояние отдыха, улучшения настроения, изменения болезненных ощущений и переживаний.

### *Рациональная терапия*

Логическое воздействие на психику больного, ставящее задачу изменить неправильные представления о проявлениях болезни и степени ее тяжести, выработать лучшее понимание и способы реагирования на жизненные ситуации.

### *Аутогенная тренировка, самогипноз, нервно-мышечная релаксация*

Воздействие направлено на релаксацию мускулатуры, нормализацию деятельности вегетативной нервной системы, эмоциональное равновесие. Тренировочная психотерапия требует от больного более активного отношения к своему лечению, поэтому результаты ее применения лучше, чем только от одного внушения.

### *Поведенческая (бихевиоральная) терапия*

Направлена на изменение неадаптивных форм поведения. Из поведения вычлняются те элементы, которые будут поощряться или подвергаться наказанию, выбирается программа, которая достигнет желаемой модификации поведения.

### *Биологическая обратная связь (биофидбек)*

Для осознания состояния пациента. Используется регистрация электрической активности мышц при произвольных сокращениях, фиксация кожно-гальванического рефлекса для уменьшения эмоционального напряжения и др.

### *Арттерапия*

Терапия изобразительным творчеством. Используется в качестве средства общения, для получения расслабления, улучшения самооценки, преодоления негативных эмоций, улучшения понимания и отреагирования проблем. Средства могут быть различны: рисование, лепка, танец и т.д.

### *Семейная психотерапия*

Направлена на изменение межличностных отношений и устранение эмоциональных нарушений в семье. Выявляются семейные представления, межличностное общение в семье, семейная интеграция и система ролей, связь между личностным и семейным нарушением. Тактика лечения определяется содержанием семейного конфликта и ведется в двух направлениях: развитие и усиление эмоциональных коммуникаций в семье; разыгрывание и изменение ролевых ситуаций в аспекте поведенческой семейной терапии.

### *Психоанализ*

Используется для понимания и интерпретации расстройств в целом и отдельных его проявлений, выявления подавленных или вытесненных комплексов, влечений, переживаний.

## **ТАКТИКА ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ**

Врач решает следующие задачи:

1. Целесообразность обращения к психофармакотерапии в каждом отдельном случае.
2. Задачи психофармакотерапии — симптоматические или патогенетические.

3. Выбор препарата с учетом его психосоматовегетотропного спектра действия, совместимости с собственно проводящимся соматическим лечением.

4. Подбор оптимальных доз.

5. Определение длительности терапии.

2 основных круга показаний:

– наличие в структуре расстройства психопатологических симптомов и синдромов (например, тревоги, депрессии)

– наличие соматических нарушений, на которые психотропный препарат оказывает прицельное лечебное влияние (например, купирование хронических болей антидепрессантами зависит от их вмешательства в обмен серотонина).

При назначении психотропных средств необходимо иметь в виду генез и степень выраженности психопатологических проявлений. Выбор препарата определяется структурой психопатологического и психосоматического синдромов, их соотношением со спектром действия препарата и особенностями жизненного ритма. Оптимизация дозировок — разовых, суточных, курсовых — должна быть предметом особого внимания. При психосоматических расстройствах используются умеренные дозы психотропных средств. Суточное распределение доз учитывает как особенности симптоматики, так и ритм жизни больного, период действия препарата в организме. Длительность курсового лечения составляет не менее 4–8 недель, при очень коротком курсе препараты оказывают лишь симптоматическое действие, возможен рецидив симптоматики. Медикаментозное лечение психосоматических расстройств должно улучшать психическое состояние больных, которое не только участвует в происхождении соматических симптомов, но и, как правило, влияет на их выраженность, течение и степень излечимости. Одновременно необходимо воздействовать на физические расстройства, для чего применяются обычные средства биологической терапии.

## **СИНДРОМЫ — МИШЕНИ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ**

- Астенический (биостимуляторы, адаптогены, психотоники, общеукрепляющие средства, нейропротекторы).
- Тревожный (транквилизаторы, антидепрессанты, b-блокаторы).
- Депрессивный (то же).
- Ипохондрический (антидепрессанты, нейролептики).

## **ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ**

- Антидепрессанты:
- ингибиторы моноаминоксидазы (МАО),
- трициклические ,

- тетрациклические,
- селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС).
- Транквилизаторы:
  - бензодиазепиновые,
  - небензодиазепиновые.
- $\beta$ -блокаторы.
- Нейролептики.

#### *Лечение астенического синдрома*

- Транквилизаторы: алпрозолам (ксанакс, ксанакс-ретард, кассадан), адиназолам (дерацин), клоназепам (ривотрил, антелепсин), феназепам.
- Антидепрессанты: флуоксетин (прозак), сертралин (золофт), флувоксамин (феварин), кломипрамин (ан-афранил), доксепин (апонал), миансерин (миансан, леривон), амитриптилин (триптизол), тианептин (ко-аксил).
- Снотворные препараты: хальцион, радедорм, реладорм, рогипнол.
- Биогенные стимуляторы: женьшень, элеутерококк, заманиха, пантокрин, алое, плазмол, аутогемотерапия.
- Ноотропы: ноотропил (пирацетам), гаммалон (аминалон), пантогам, фенибут.
- Адаптогены: дибазол, оротат калия, витамины группы А, В, Е, С, микроэлементы (цинк, селен, магний).
- Сосудорасширяющие средства и ангиопротекторы: сермион, препараты никотиновой кислоты, цинаризин, стугерон.

Терапия направлена на уменьшение гиперактивности, эмоционального компонента боли, нормализацию энергетического обмена в ЦНС и на периферии.

#### *Терапия тревоги*

- Транквилизаторы: см. лечение астении.
- $\beta$ -блокаторы: анаприлин, атенолон, окспренолон.
- Трициклические антидепрессанты: см. лечение астении.

#### *Терапия депрессий*

- Антидепрессанты: кломипрамин, триптизол, доксепин, миансерин, флуоксетин.
- Психостимуляторы (активация психической и физической деятельности): сиднофен, меридил, сиднокарб, кофеин.
- Ноотропы (стимуляторы психических функций путем нормализации обмена веществ в клетках ЦНС): аминалон, пиридитол, энцефабол, пирацетам, пикамилон.

## АНТИДЕПРЕССАНТЫ. СУТОЧНАЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ДОЗА

Препараты	Начальная	Оптимальная
<b>Трициклические</b> Амитриптилин (триптизол) Доксепин (синекван) Коаксил (тианептин)	12,5–25 мг 10–30 мг 25 мг	50–100 мг 30–90 мг 25–37,5 мг
<b>Тетрациклические</b> Мапротилин (ладисан) Леривон (миансерин)	25 мг 15–30 мг	50–100 мг 30–60 мг
<b>СИОЗС</b> Флувоксамин (феварин) Флуоксетин (прозак) Сертралин (золофт)	25–50 мг 10 мг 25 мг	50–100 мг 20 мг 50–100 мг
<b>Ингибиторы МАО</b> Моклобемид (аурорикс) Брофаромин	25 мг 25 мг	75–100 мг 75–100 мг

## ТРАНквилизаторы. СУТОЧНАЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ДОЗА

Препараты	Начальная	Оптимальная
<b>Бензодиазепины</b> Ксанакс (алпразолам) Ксанакс-ретард Диазепам (валиум, апаурин) Лоразепам (ативан) Транксен (клоразепат)	0,5 мг 0,25 мг 5–10 мг 0,5–1 мг 5–10 мг	0,75–4,0 мг 0,5–2, 0 мг 10–40 мг 1–4 мг 10–30 мг
<b>Небензодиазепиновые (азапироны)</b> Буспирон (буспар)	5–10 мг	10–30 мг

## β-БЛОКАТОРЫ. СУТОЧНАЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ДОЗА

Анаприлин (обзидан, индерал)	20–40 мг
Атенолол (тенормин)	100 мг

## НЕЙРОЛЕПТИКИ. СУТОЧНАЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ДОЗА

Препараты	Начальная	Оптимальная
Френолон	5–10 мг	5–20 мг
Эглонил	25 мг	50–300 мг
Сонапакс	10 мг	10–50 мг
Терален	5–10 мг	10–30 мг

## НООТРОПЫ. СУТОЧНАЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ДОЗА

Ноотропил (пирацетам)	0,8–1,2 г
Гаммалон (аминалон)	0,75–1,5 г
Энцефабол (пирадитол)	0,2–0,4 г
Пантогам	1,5–3 г
Фенибут	0,75–1,5 г
Пикамилон	0,06–0,15 г

## ПСИХОСТИМУЛЯТОРЫ. СУТОЧНАЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ДОЗА

Препараты	Начальная	Оптимальная
Сиднофен	25 мг	75–100 мг
Меридил	10 мг	10–30 мг
Сиднокарб	5 мг	5–15 мг
Кофеин	100 мг	100–200 мг

Применение антидепрессантов особенно оправдано при преобладании затяжных болевых синдромов и отсутствии указаний на органическое происхождение болей. Препаратами выбора становятся серотонинергические антидепрессанты ( флюоксетин, флувоксамин, сертралин). Эффективность антидепрессантов возрастает, если болевые ощущения сопровождаются явной или латентной депрессивной симптоматикой в виде изменения интенсивности боли в соответствии с сезонной или суточной ритмикой. В данном случае предпочтение отдается трициклическим антидепрессантам (кломипрамин, триптизол).

Больным с повышенным тонусом симпатической нервной системы и ипохондрическими идеями, с преобладанием тревожно-депрессивных переживаний целесообразно назначать антидепрессанты с седативным компонентом действия — доксепин (апонал), тразодон (дезерил), миансерин (леривон). В случае преобладания тревоги (тремор, тахикардия, гипергидроз и др.) хорошие результаты отмечаются при применении ксанакса (алпразолама) 1–2 мг в сутки и ксанакса-ретарда 0,5–1 мг в сутки, который как известно сочетает в спектре терапев-

тической активности анксиолитический и тимоаналептический компоненты. Вегетативные проявления соматической тревоги хорошо купируются б-блокаторами. В случаях резистентных соматоформных расстройств можно попробовать комбинированное применение различных антидепрессантов, например, серотонинергических с трициклическими (триптизол 75–100 мг) или тетрациклическими (миансерин 60–90 мг).

Учитывая крайнюю чувствительность пациентов с психосоматическими расстройствами к побочным эффектам психотропных средств, начинать терапию антидепрессантами необходимо с применения малых доз, осторожно и медленно повышая дозу каждые 3–4 дня до достижения суточной терапевтической дозировки (см. таблицы). Примерно у половины больных с первых дней приема антидепрессантов (особенно трициклических) наступает усиление тревожной и вегетативной симптоматики. В случае развития этих явлений рекомендуется добавить к схеме терапии транквилизаторы бензодиазепинового ряда (диазепам 5–10 мг, феназепам 0,5–1 мг) на 7–10 дней, что позволяет избежать побочных явлений и дождаться собственно эффекта тимоаналептической терапии.

Одно из главных условий успешной терапии психосоматических больных, особенно при преобладании болевых симптомов, является предоставление возможности самим больным определять и подбирать оптимальную терапевтическую дозу, поскольку любое, даже незначительное ее превышение сверх допустимого уровня, легко вызывает побочные эффекты, которые начинают перекрывать собственно терапевтический эффект антидепрессантов.

Длительность курса тимоаналептической терапии широко варьирует и в случае ее эффективности может достигать нескольких месяцев, после чего следует попытаться сделать осторожную отмену препарата. При этом дозы снижают крайне постепенно и иногда оставляют 1–2 таблетки в неделю. При возобновлении симптоматики лучше вернуться к прежним дозам. Тимоаналептический эффект обычно начинает проявляться на второй неделе терапии, постепенно усиливаясь, достигая максимума к 4–6, а иногда лишь к 6–8 неделям терапии, поэтому менять препарат раньше этого срока нецелесообразно.

При выраженном болевом синдроме предпочтение отдается антидепрессантам (дозы и принципы назначения см. выше), эффект обычно наступает в течение первой недели терапии. Транквилизаторы в лечении болевых синдромов практически не применяются. Определенное исключение составляет алпразолам (ксанакс, кассадан). Рекомендуемая доза 1,5 мг в сутки (ксанакс-ретард 0,5–1 мг в сутки), длительность терапии 2–3 месяца. При хорошем самочувствии больных следует начать постепенное снижение суточной дозы, уменьшая ее на 0,5 мг каждую неделю, постепенно полностью отменяя препарат.

При преобладании в психическом статусе тревоги возрастает роль бензодиазепиновых транквилизаторов (лоразепам, транксен, феназепам, диазепам). Ксанакс-ретард — транквилизатор пролонгированного действия позволяет достичь терапевтического эффекта меньшими дозировками и меньшим количеством ежедневного приема препарата (как правило 1 раз в сутки 0,5–1 мг). Вместе с тем, у больных с факторами риска (нарушением личности, токсикоманическими тенденциями, включая злоупотребление алкоголем) длительного применения

транквилизаторов следует избегать, ограничиваясь 3–4 неделями. В данном случае предпочтительнее использовать  $\beta$ -блокаторы.

В случае преобладания астенических проявлений особая роль отводится вазоактивной терапии, ноотропам, психостимуляторам и антидепрессантам.

В применении нейролептиков возникает необходимость в тех случаях, когда в структуре психосоматических расстройств отмечается преобладание ипохондрических образований. Средством выбора в этих случаях является так называемые «мягкие» нейролептики (френолон, эглонил, сонатакс, теролен).

Лечение психосоматических расстройств должно быть продолжительным и индивидуализированным. Важным фактором комплекса терапевтических мероприятий, включающих психотерапию и психофармакотерапию, является рефлексотерапия, физиотерапия (массаж, водные процедуры) и лечебная гимнастика.

Необходима консультация психотерапевта или психиатра в следующих случаях:

1. Функциональные соматические расстройства различных органов и систем (головные боли и другие болевые состояния).
2. Органические соматические заболевания (язва желудка, диабет, гипертиреоз и т.д.), не поддающиеся традиционному медикаментозному лечению.
3. Органические соматические заболевания, осложнившиеся психопатологической симптоматикой (астенией, депрессией, тревогой, ипохондрией, нарушениями сна, поведенческими отклонениями и т.д.).
4. Соматические заболевания у больных из неблагополучных семейных или других микросоциальных условий.
5. Хроническое соматическое заболевание (ревматизм).
6. Инвалидность, связанная с физическим дефектом, требующая госпитализации или существенно ограничивающая активность больного.
7. Соматическое заболевание с высоким риском близкого летального исхода (болезни крови).

В дальнейшем предполагается совместное ведение больных терапевтом и психотерапевтом с назначением психотерапии и психофармакотерапии.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Строго индивидуализированное, рациональное сочетание базисной биологической терапии с психотерапевтической коррекцией и щадящей, тщательно контролируемой психофармакотерапией позволяют добиться клинической и социальной ремиссии. В дальнейшем рекомендованные реабилитационные (в том числе и психотерапевтические и фармакологические) мероприятия облегчают пациентам социальную адаптацию и помогают справляться в периоды ухудшения с возникающими эмоциональными реакциями. При соблюдении определенной тактики врач общей практики может добиться значительных успехов в распознавании и лечении большинства пациентов с психосоматическими расстройствами.