



Андрей Курпатов
в соавторстве с Г.Г. Аверьяновым

Психосоматика

психотерапевтический подход

PSYCHOSOPHIA

Андрей Курпатов

**Психосоматика.
Психотерапевтический подход**

«Курпатов А.В.»

Курпатов А. В.

Психосоматика. Психотерапевтический подход / А. В. Курпатов —
«Курпатов А.В.»,

В данной монографии собраны четыре работы, объединенные психосоматической проблематикой и специфическим – психотерапевтическим – взглядом на рассматриваемые феномены. «Пространство психосоматики» – книга, которая дает представление об общих психосоматических и соматопсихических отношениях. Предмет «Психологии сердца» значительно уже – это кардиологическая патология и роль в ней психического фактора. Книга «По ту сторону вегетососудистой дистонии» посвящена психическому расстройству, которое проявляется соматическими симптомами. В работе «Депрессия: от реакции до болезни» разъясняется суть психического заболевания, которое чаще всего присоединяется к хронической соматической патологии.

© Курпатов А. В.

© Курпатов А.В.

Содержание

Предисловие	5
Пространство психосоматики	9
Введение	9
Часть первая	13
Глава 1.1	15
1.1.1. Невротические, соматоформные и поведенческие расстройства с соматическими проявлениями	15
1.1.2. Психотические расстройства с соматическими и псевдосоматическими проявлениями	32
1.1.3. Психические расстройства как реакция на соматическое заболевание (нозогении)	40
Глава 1.2	45
1.2.1. Психосоматические заболевания	45
1.2.2. Соматогенные психические расстройства	48
1.2.3. Психические расстройства как предрасполагающий фактор соматических заболеваний	51
Часть вторая	53
Глава 2.1	55
Глава 2.2	57
Глава 2.3	58
2.3.1. Фармакотерапия тревожных расстройств	58
2.3.2. Фармакотерапия депрессивного синдрома	59
2.3.3. Фармакотерапия ипохондрического синдрома	62
2.3.4. Фармакотерапия астенического синдрома	63
2.3.5. Фармакотерапия психоорганического синдрома	64
2.3.6. Фармакотерапия психовегетативного синдрома	65
Часть третья	67
Психология сердца	69
Введение	69
Часть первая	72
Феномен «клинической картины»	72
Роль и место «психического фактора»	73
Психосоматические и соматопсихические отношения	76
Часть вторая	81
Этиологическая роль психического фактора: гипертоническая болезнь	81
Конец ознакомительного фрагмента.	83

Андрей Курпатов Г. Г. Аверьянов Психосоматика Психотерапевтический подход

Предисловие

Методические пособия, собранные в этой книге, были подготовлены нами в рамках общегородской программы по развитию психотерапевтической помощи в Санкт-Петербурге. Однако, главным образом они были адресованы не психиатрам и даже не врачам-психотерапевтам, а врачам общей практики, специалистам общесоматических центров (поликлиник, больниц). Поскольку именно на этом этапе оказания помощи психотерапевтическим пациентам мы сталкиваемся с самыми серьезными трудностями.

Проблема соматизации психических расстройств, проблема соматоформных расстройств, наконец, проблема психосоматических микстов, когда психическая патология присоединяется к соматической, усугубляя течение последней, не уникальны для России, с этими демонами борются во всем мире. Но отсутствие психотерапевтического дискурса как в массовом сознании россиян, так и в самом врачебном менталитете отечественных специалистов на порядок усложняет ситуацию, когда мы говорим об оказании высококвалифицированной медицинской помощи нашим согражданам.

Западная культура уже приняла для себя ряд констант, касающихся психосоматических отношений. То, что психическая патология – это отнюдь не только одно сумасшествие, но и целая палитра пограничных психических состояний, западному человеку хорошо известно. То, что психическая патология может проявляться соматическими симптомами, для Запада тоже не новость. То, что психические нарушения могут вызывать соматические недуги, и то, что психическое состояние соматического больного влияет на его физический статус – ясно и не подвергается сомнению.

Для России же все это пока некая заоблачная теория, у нас даже если это и понимают, то так не думают. В результате мы имеем выраженный крен в область соматизации психической патологии, по сути – массовое бегство в болезнь, причем, с категорическим внутренним отрицанием психической природы этих реакций. А чтобы бежать в болезнь, есть все основания: хронический стресс, связанный с социально-экономическими переменами, устойчивая, уже даже привычная астенизация, отсутствие ощущения перспектив – все эти надличностные психотравмирующие факторы не могут не приводить к формированию пограничных психических расстройств у населения и желания получить заветный «больничный», уехать «в санаторию» – короче говоря, спрятаться за своей болезнью от всего груза внешних проблем.

Кроме того, крайне низкий уровень психологической культуры населения, отсутствие более-менее развернутого психотерапевтического дискурса в массовом сознании, недостаток навыков осмысления (рефлексии) своего психологического состояния человеком, отсутствие умений разрешать встающие перед ним психологические проблемы с помощью психологического же инструментария, приводит к своеобразному «запиранию» психологических проблем в теле, к переключению механики психической патологии с высших (знаковых, символьных) уровней психической деятельности на низшие (вегетативные, гуморальные). По сути, складывается ситуация, что человек принимает проблему головой, но не решает ее на этом же уровне,

а передает телу, что, разумеется, не может увенчаться ничем иным, кроме как сбоем в работе сомы.

Поскольку же «психический фактор» на протяжении десятилетий был исключен из системы представлений о медицинской патологии, не был представлен должным образом в программе медицинских вузов, врачи общесоматических специальностей, даже понимая, что дело в данном конкретном случае находится вне сферы их компетенции, что этим должен заниматься психиатр или психотерапевт, продолжают удерживать пациентов психотерапевтического профиля (или преимущественно психотерапевтического профиля) на своем уровне, а также не привлекают врачей-психотерапевтов к работе с пациентами, чья фактическая соматическая патология усугубляется присоединением пограничных психических расстройств. И проблема здесь, зачастую, не в том, что врачи непсихиатрических специальностей не понимают природы тех или иных состояний, а в том, что они не знают, каким образом донести до своих пациентов, что их лечащим врачом должен быть не терапевт, а психотерапевт.

Соответственно, главной задачей методических пособий, собранных в этой книге, было определить и зафиксировать сложноорганизованное пространство психосоматики, дать врачам инструмент анализа психосоматической патологии (в самом широком смысле этого слова), но не с позиций врача-соматолога, а с позиций врача-психотерапевта, наконец, представить логику возникновения тревожно-депрессивных состояний, встречающихся у пациентов в общесоматической сети, а также механизм формирования соматических масок психических расстройств. Кроме того, авторы рассчитывали предложить врачу общей практики некий инструментальный – способ взаимодействия с пациентами, находящимися в пограничной, психосоматической зоне.

Эти и некоторые другие причины обусловили контекст создания данных методических пособий. Однако, ее нынешний подзаголовок – «Психотерапевтический подход» – не случаен. В каком-то смысле, данный сборник представляет собой некое введение в проблему психотерапевтической диагностики. С сожалением приходится признать, что до сих пор психотерапия не обрела еще собственного лица в системе медицинских специальностей. Вполне естественно, что она развивается в структуре психиатрии, к которой принадлежат и собственно «большая» психиатрия, и наркология, и сексология, сексопатология, а также психотерапия. Однако, если зоны ответственности между психиатрией, наркологией и сексологией, худо-бедно, распределены, то между психотерапией и психиатрией внутри психиатрии – нет.

Вычленение любой науки из своей материнской среды невозможно без появления нового языка, где под языком понимается не просто некий набор знаков, но прежде всего – те значения, которые стоят за этими знаками. Каждая самостоятельная наука – это, прежде всего, ее язык. Только он позволяет нам создать полноценную, работающую теорию и осуществлять соответствующую практику. В психотерапии, к сожалению, пока такой язык не создан. Мы продолжаем называть те или иные психические феномены прежними психиатрическими терминами, хотя понимаем под ними уже нечто совсем иное, но это понимание скорее интуитивное, нежели осознанное. Видим за прежними названиями другую содержательную структуру, другую механику, но не определились ни в базовых принципах, ни в деталях. По сути, мы одеваем новое тело в старые одежды, которые не слишком ему подходят, сковывают его движения и даже рвутся на нем. Да при этом и само тело – его особенности и структуры – известно нам лишь по этим разрывам ткани.

Впрочем, и в рамках самой психиатрии ее общая психопатология теряет свою былую эффективность. Изначально общая психопатология развивалась как описательная или даже нарицательная наука в рамках психиатрической практики, главным средством «лечения» которой было ограничение больного. И для потребностей такой практики она была вполне адекватна. Однако, революция, произошедшая в психофармакологии в первой половине XX века, повлекшая за собой и патоморфоз психических расстройств, пошатнула прежние устои общей

психопатологии. А последующее развитие этой дисциплины – появление современных антидепрессантов, атипичных нейролептиков – и вовсе спутало все карты. Теперь мы уже лечим панические состояния «антидепрессантами», а невротическую тревогу – нейролептиками. По сути, терминологическая база, теория и практика потеряли прежнюю конгруэнтность.

Что уж говорить о положении психотерапии в такой ситуации... Особенно если учесть силу той экспансии, которой она подверглась со стороны психологической науки и вообще гуманистического мировоззрения, а также тот хаос теоретических представлений о невротических расстройствах, который возник из-за противоречий в подходах разных авторов. В какой-то момент обозначилась и еще большая проблема – психотерапия стала дрейфовать из медицинской сферы в гуманитарную, социальную. К этому моменту уже и психиатрия отказалась от понятия «болезни», переименовав «психическую болезнь» в «психическое расстройство». Но от этой смены термина она не стала меньше быть медицинской специальностью. Ровно такая же ситуация и в психотерапии – от того, что мы приняли гуманистическую идеологию, «невроз» не перестал быть меньше болезнью или, если угодно, психическим расстройством. А психотерапия, соответственно, не может и не должна лишаться своего медицинского статуса.

Так или иначе, но все эти, по сути, революционные изменения в области, которой занимается психотерапия, происходят значительно быстрее, нежели формируется теоретическое знание, а точнее – быстрее, чем оно успевает консолидироваться и устояться. В результате вопрос о том, каким языком пользоваться и что понимать под теми терминами, которые сейчас находятся в ходу, встает все более остро. Именно на этот вызов должна ответить психотерапевтическая диагностика – по сути, общая психопатология «малой психиатрии», психотерапевтическая психопатология.

Настоящий сборник методических пособий состоит из четырех книг и дополнительной статьи, представляющих собой некий вводный курс в систему психотерапевтической диагностики. «Пространство психосоматики» рассказывает о тех психических расстройствах, которые встречаются в практике врача общего профиля. Здесь предлагается краткий анализ психосоматического континуума, дана его структура и приведена принятая на настоящий момент номенклатура психических расстройств (МКБ-10). Также эта книга дает представление о том, что такое этиология, патогенез и клиническая картина психических расстройств с точки зрения психотерапевтического подхода (системная поведенческая психотерапия).

«Психология сердца» – единственная книга из задуманных авторами в своей серии. Мы предполагали подготовить методические пособия, которые бы рассказывали о роли психического фактора в кардиологии, гастроэнтерологии, пульмонологии, а также в развитии и течении женских болезней, кожных заболеваний. К сожалению, в силу ряда причин мы были вынуждены ограничиться единственным пособием, посвященным «кардиологическому больному». Впрочем, логика изложения, предпринятая в «Психологии сердца», использовалась бы нами и в других аналогичных работах. Здесь, как нам кажется, важно не столько содержание пособия, сколько тот способ думать о психических расстройствах, который в нем продемонстрирован.

«По ту сторону вегетососудистой дистонии» и «Депрессия от реакции до болезни» – методические пособия, которые рассказывают о двух психических заболеваниях, которые чаще всего ошибочно принимаются врачами непсихиатрических специальностей за те или иные соматические заболевания. Статья «Психотерапевтическая диагностика депрессии», адресованная врачам-психотерапевтам, специфическим образом дополняет последнюю книгу, посвященную депрессии, раскрывая следующий, более глубокий пласт психотерапевтических представлений о внутренней природе и механике развития депрессивных расстройств.

Таким образом, данные пособия, с одной стороны, могут рассматриваться как инструментальный, пригодный для использования в практике врачей непсихиатрических специальностей, но с другой стороны, взятые все вместе, осмысленные методологически, эти пособия демонстрируют то, что есть психотерапевтический подход к осмыслению пограничной пси-

хической патологии и, в частности, сложных психосоматических отношений. Разумеется, это еще не психотерапевтическая диагностика в чистом ее виде, такой задачи здесь и не ставилось. Это тексты, созданные для врачей-соматологов, но созданные на основе психотерапевтического подхода к систематизации знаний в области психосоматической медицины, и именно этот аспект данных работ кажется авторам наиболее существенным.

Авторы надеются, что эти работы будут полезны и врачам непсихиатрических специальностей как дополнительный (дополняющий) – собственно психиатрический – взгляд на психосоматическую сферу, и врачам-психотерапевтам, поскольку они демонстрируют им тот способ думать, который препарирует подведомственную психотерапевтам патологию таким образом, что специфический психотерапевтический инструментарий обретает в этой практической сфере и структурность, и объект своего приложения.

Пространство психосоматики

Введение

В настоящее время сложилась ситуация, при которой по причине ряда объективных и субъективных факторов население Санкт-Петербурга, нуждающееся в специализированном психиатрическом и особенно психотерапевтическом лечении, зачастую обращается за помощью к врачам общего профиля. Эту дополнительную, «непрофильную» нагрузку на специалистов общесоматических лечебных учреждений создают пациенты, страдающие различными пограничными психическими расстройствами, а также значительное число пациентов с более тяжелыми психическими заболеваниями.

Кроме того, очевидно, что ряд заболеваний имеют, можно сказать, сдвоенную «юрисдикцию», то есть требуют комплексного терапевтического подхода. Пациенты, страдающие психосоматическими заболеваниями и соматогенными психическими расстройствами, нуждаются как в лечении врачами непсихиатрических специальностей (терапевтами, невропатологами, дерматологами и др.), так и психиатрами-психотерапевтами. Это обстоятельство диктует необходимость совместной работы врачей психиатрических и общесоматических специальностей при лечении данных заболеваний, а также ставит вопрос о достаточной осведомленности каждой из групп специалистов относительно целей, задач и возможностей коллег.

Наконец, необходимо учитывать и тот факт, что в условиях хронического социально-психологического стресса, который переживает каждый гражданин РФ, любое соматическое заболевание может стать для него серьезным психотравмирующим фактором, вызывающим целый комплекс психопатологических реакций, которые в свою очередь способны приводить к ухудшению соматического состояния пациента. Для минимизации этого нежелательного эффекта тактика терапевтического взаимодействия должна учитывать целый комплекс существенных психологических моментов, однако необходимой информации по данному вопросу врачи общей практики, как правило, не имеют. При наличии же психических расстройств и акцентуаций характера положение осложняется многократно, поскольку такие пациенты склонны к быстрому формированию развернутых нозогений, фиксируются на своих недомоганиях, ипохондризируются и становятся настоящей «головной болью» для врачей общей практики.

Учитывая все эти моменты, актуальность дополнительного образования врачей общей практики по вопросам психопатологии, пограничной психиатрии, медицинской психологии и порядку организации соответствующих служб не вызывает сомнений. Значимость этой проблемы подтверждается и данными многочисленных клинико-эпидемиологических исследований. Показано, что три четверти пациентов с психическими расстройствами разного уровня так и не попадают в поле зрения психиатров и психотерапевтов, осаждавая территориальные поликлиники (Остроглазов В.Г., Лисина М.А., 1990). По разным данным, от 30 до 50 % лиц, обращающихся за помощью в поликлиники и стационары, страдают не соматическими, а пограничными психическими расстройствами, а у как минимум 25 % пациентов с действительным соматическим страданием значительную роль в клинической картине играют симптомы психического расстройства (Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986). Кроме того, необходимо принять во внимание, что указанные данные, как правило, не учитывают пациентов с психосоматическими и соматогенными психическими расстройствами. До 70 % больных, находящихся в обычных стационарах, нуждаются либо в консультации, либо в лечении психиатра или психотерапевта (Рубина Л.П., 1999). Отсутствие данной специализированной помощи приводит к диагностическим ошибкам, хронизации патологических процессов, длительному и зачастую безрезультатному лечению пациентов, которое в среднем продолжается

от 8 до 9 лет – до обращения нуждающегося к специалисту психиатрической специальности. Некоторые данные клинико-эпидемиологических исследований приведены в таблице № 1.

Этот вопрос имеет и свою обескураживающую экономическую сторону: при очевидном дефиците финансовых средств, выделяемых на нужды здравоохранения, на обследование и непсихиатрическое «лечение» пациентов с пограничными психическими расстройствами затрачиваются огромные материальные ресурсы. Такие пациенты регулярно вызывают к себе бригады «Скорой помощи», пытаются попасть на прием ко всем специалистам территориальной поликлиники, проходят бесчисленное множество разнообразных обследований, зачастую многократно госпитализируются в общесоматические стационары. Оказываясь в конечном итоге на приеме у психиатра-психотерапевта, они предлагают ему «ознакомиться» с целыми стопками анализов, медицинских заключений, записей и выписок, однако всех этих экономических затрат на исследования и госпитализацию можно было бы благополучно избежать, если бы соответствующий визит был сделан своевременно.

Таблица № 1

Материалы различных клинико-эпидемиологических исследований, посвященных вопросам психической патологии в практике врача общего профиля

Исследования	Обследуемый контингент	Выявленные показатели
Трифонов Б.В., 1980 г.	Пациенты с соматическими заболеваниями	Психические расстройства выявляются: у больных ревматизмом — 31,4%; при заболеваниях ЖКТ — 12,1%; при септических состояниях — 10%; после родовые заболевания — 9%; пневмонии — 6,5%; болезни почек — 5,8%; другие заболевания внутренних органов — 9,8%
Шатервиштейн А.А., 1982 г.	Пациенты терапевтического отделения	Ипохондрические расстройства выявляются в 49–61% случаев
Гайфулин А.У., 1986 г.	Пациенты общесоматических стационаров	Ипохондрические расстройства выявлены в 26,8% случаев
Смулевич А.Б. и соавт., 1986, 1987 гг.	Пациенты общесоматических учреждений	Нуждаются в консультации и лечении врача психиатра-психотерапевта — 34–57% больных; фактически направляются — 19%; при этом запоздывание с таким направлением в среднем составляет около 8–9 лет
Смулевич А.Б. и соавт., 1987 г.	Пациенты общесоматических учреждений	8–32% пациентов страдают функциональными расстройствами сердечной деятельности
Тарнаевский Ю.Б. и соавт., 1985–1988 гг.	Пациенты терапевтических отделений соматических стационаров	Психотенные реакции — 12,6%; неврозы и невротические развития личности — 7,8%; невротоподобные расстройства при соматических заболеваниях — 10,1%; в неврологическом отделении невротоподобные расстройства — 7,3%
Ромасенко Л.В., Румянцева Г.М., Басов А.М., 1989 г.	Сплошное обследование больных терапевтического участка	Пограничные психические расстройства выявлены у 51,6% больных; невротические реакции — 9,3%; неврозы — 5,6%; психопатии и акцентуации — 13,6%; невротоподобные расстройства при соматических и неврологических заболеваниях — 23,1%

Исследования	Обследуемый контингент	Выявленные показатели
Ромасенко Л.В., 1990 г.	Общесоматическая практика	Конверсионные расстройства составляют 20%
Исаев Д.Н., 1991 г.	Обследование в детской амбулаторной практике	У 9,3–40% детей обнаруживают «психосоматические расстройства»: до 40% детей, наблюдаемых психиатром, не имеют органической патологии, хотя и страдают соматическими расстройствами; вегетососудистая дистония — у 50–75% детей с неинфекционной патологией
Гиндикин В.Я. и соавт., 1996 г.	Эпидемиологическое исследование	Частота психосоматических расстройств в стадии «обратимой дисгармонии» — 26,7 на 1000 населения
Попов Ю.В., Вид В.Д., 1997 г.	Общесоматическая практика	Частота соматизированных и соматоформных психических расстройств — 280 на 1000 населения. 25% больных страдают соматоформными расстройствами, поглощая около 20% всех средств, расходуемых на здравоохранение; 3–14% больных страдают ипохондрическими расстройствами
Гельдер М. и соавт., 1997 г.	Пациенты больниц общего профиля в США	5% всех госпитализируемых больных направляются к психиатру
Дубницкая Э.Б., 2000 г.	По данным мировой статистики	43% пациентов, страдающих депрессивными расстройствами, лечатся у врачей общей практики; 46% — у психиатров амбулаторно; только 11% помещаются в психиатрические клиники
Lunn V., 1964	Общесоматическая практика	22% — пациенты с жалобами психосоматического характера, однако врач затрачивает на этих пациентов более 50% своего рабочего времени
Bennet A.E., 1971	Пациенты с депрессивно-ипохондрической симптоматикой	150 больных с псевдоорганическими жалобами получили до начала психиатрического лечения 496 курсов консервативной терапии, перенесли 811 ненужных терапевтических вмешательств и 244 бесполезные операции, в лучшем случае без какого-либо клинического эффекта

Исследования	Обследуемый контингент	Выявленные показатели
Dilling H. et al., 1978	Обращения за врачебной помощью	43,6–56,4% всех обращений за медицинской помощью — психосоматические и невротические заболевания
Kielholz P., 1981	Пациенты, обратившиеся к врачам-интернистам	Больные с депрессивными расстройствами составляют 17–18%; только 10% этих лиц получают психиатрическую помощь
Geiselman B. et al., 1984	Общесоматическая практика	Органные неврозы составляют 5,8%
Orenstein H., 1989	В популяции	Конверсионные расстройства составляют 6–10%
Katon W., Sullivan M., 1990	Пациенты с диагнозами соматического страдания	Среди больных с верифицированными соматическими заболеваниями депрессия встречается в 22–33% случаев
Kessler et al., 1994	Депрессия на протяжении жизни	Отмечается у мужчин 13%, у женщин — 22%
Всемирная организация здравоохранения (1976 г.)	Трудоспособное население	Психические расстройства (прежде всего аффективные) составляют 1/3 всех случаев нетрудоспособности на производстве
Всемирная организация здравоохранения (1993 г.)	Население Земли	3–6% страдают депрессивными расстройствами, из них 60–80% не попадают в поле зрения психиатра и лечатся врачами-интернистами
Всемирная организация здравоохранения (1998 г.)	Пациенты в общей медицинской практике	У 11,5% пациентов диагностировано тревожное расстройство; у 8,5% — генерализованное тревожное расстройство; у 12,2% — паническое расстройство; у 1,5% — агорафобия; у 4,1% определялся субклинический уровень тревоги

Понятие «психосоматика» («психосоматическая медицина») получило в настоящее время множество самых разнообразных, зачастую противоречащих друг другу толкований, что неоправданно дискредитировало системный подход. Вместе с тем актуальность проблемы психической патологии в практике врача общего профиля требует установления определенности в данном вопросе. Настоящие методические рекомендации призваны ответить нуждам практической медицины, структурировать психическую патологию, с которой встречается врач

общего профиля,¹ осветить вопросы клиники и дифференциальной диагностики психических расстройств, встречающихся в практике врача общего профиля, формы и методы работы с данными пациентами в психиатрическом и психотерапевтическом аспекте, а также порядок организации соответствующей помощи.

¹ Систематика психических расстройств, предложенная в настоящих методических рекомендациях, носит сугубо практический характер и приспособлена для нужд врача ЛПУ.

Часть первая

Систематика психических расстройств, встречающихся в практике врача общего профиля

Понятие «клинической картины болезни», несмотря на всю свою объективность, таит и некоторую двусмысленность. «Клиническая картина» одного и того же заболевания с точки зрения психиатра (психотерапевта) существенно отличается от «клинической картины», которую наблюдает врач другой специальности (терапевт, невропатолог и др.). Зачастую эти «картины» различаются крайне существенно, поскольку значительное число психических расстройств проявляется в первую очередь соматическими жалобами, а соматические заболевания могут приводить к психическим расстройствам, что вносит существенную путаницу. Кроме того, поскольку нервная система осуществляет регуляторную функцию в отношении внутренних органов и систем организма, то психические нарушения могут обуславливать и возникновение объективных, верифицируемых симптомов телесного страдания, однако никак нельзя забывать о психической природе подобных недомоганий.

Таким образом, необходимо выделять, с одной стороны, психические расстройства с соматическими проявлениями, а с другой стороны – соматические заболевания, где существенную роль (как в этиопатогенезе, так и в клинической картине) играют психические факторы. Две данные группы позволяют систематизировать психические расстройства, встречающиеся в практике врача общего профиля: первые – психические расстройства с соматическими проявлениями – должны рассматриваться как «профильные» для психиатров и психотерапевтов заболевания, вторые – соматические заболевания с психической обусловленностью и клиникой – являются прерогативой врачей общего профиля, однако требуют привлечения к участию в терапевтическом процессе психиатров и психотерапевтов.²

Психические расстройства с соматическими проявлениями представляют собой целый спектр разнообразных состояний. К этой группе относятся: во-первых, невротические, соматоформные, личностные и поведенческие расстройства; во-вторых, психотические расстройства, проявляющиеся той или иной соматической или псевдосоматической симптоматикой; наконец, в отдельную подгруппу следует вынести психические расстройства, которые возникают в качестве реакции пациента на свое соматическое заболевание (нозогении).

Соматические заболевания с психической обусловленностью и клиникой также весьма разнообразны. К ним относятся собственно психосоматические заболевания, обусловленные психическими расстройствами, и соматогенные психические расстройства. В отдельную подгруппу следует вынести целый комплекс соматических болезней, в генезе которых в качестве одного из предрасполагающих факторов выступили психические расстройства.

Систематика психических расстройств, встречающихся в практике врача общего профиля, представлена в таблице № 2.

Невротические, соматоформные и поведенческие расстройства с соматическими проявлениями есть собственно психические расстройства. Однако тревожные и диссоциативные

² Психиатрическая систематика МКБ десятого пересмотра претерпела значительные изменения по сравнению с предыдущими классификациями. Эти изменения касаются разных аспектов, однако наиболее значительным для отечественных специалистов стало существенное отступление от нозологического принципа. То есть распределение психических расстройств по группам в МКБ-10 учитывает, с одной стороны, сходство клинической картины этих состояний, с другой – их родственность, прежде всего по происхождению. Хотя подобные инновации, как правило, воспринимаются психиатрами без энтузиазма, данный феноменологический подход (при котором определение психического расстройства строится на описательном принципе) в целом облегчает работу врачей смежных специальностей, поскольку улучшает понимание и верификацию психических расстройств. Настоящие методические рекомендации учитывают трудности, связанные с переходом на новый подход к диагностике и лечению психических расстройств.

(конверсионные) расстройства,³ как правило, сопровождаются соматическими проявлениями: в первом случае – по типу вегетативных кризов, во втором – мозаичной, зачастую вычурной и нелепой псевдоневрологической симптоматикой.

Соматоформные расстройства проявляются именно соматическими жалобами и симптоматикой, но никакое соматоориентированное лечение не бывает в этих случаях эффективным. Последнее относится и к поведенческим расстройствам приема пищи, сна неорганической природы, половых дисфункций и т. п., а также и к личностным расстройствам с соматическими проявлениями.

В группу психотических расстройств с соматической и псевдосоматической симптоматикой входят главным образом шизофрения с бредом соматического содержания, сенестопатическим синдромом, а также депрессивные расстройства с ипохондрическими идеями, вегетативными, алгическими, сенестопатическими и функциональными органическими проявлениями. Зачастую подобные пациенты весьма убедительны в своем соматическом недомогании, что может вводить в заблуждение специалистов непсихиатрических специальностей.

Таблица № 2

**Психические расстройства, встречающиеся
в практике врача общего профиля**

	Психические расстройства с соматическими проявлениями		Соматические заболевания с психической обусловленностью и клиникой
1	Невротические, соматоформные и поведенческие расстройства	4	Психосоматические (психогенные) заболевания
2	Психотические расстройства с соматическими проявлениями	5	Соматогенные психические расстройства
3	Психические расстройства как реакция на соматическое заболевание (нозогении)	6	Соматические заболевания, где психическое расстройство является предрасполагающим фактором
	Основная роль в диагностике и лечении принадлежит психиатру, психотерапевту		Основная роль в диагностике и лечении принадлежит врачу общего профиля

Психические расстройства, вызванные реакцией пациента на соматическое заболевание (нозогении), как правило, возникают на психопатологической почве, хотя и не явно выраженной. Соматическое заболевание является для больного стрессом, который может вызвать невротические реакции, невротические состояния, а также патохарактерологическое развитие личности по ипохондрическому типу. В эту же группу включается и ятрогения, то есть нозогения, вызванная не столько реакцией на соматическое заболевание, сколько на неадекватные и поведенческие реакции врача.

Психосоматические заболевания (в классическом понимании этого термина⁴), безусловно, являются «профильными» для врачей общей практики, поскольку симптоматически на первый план здесь выходят именно соматические расстройства, а течение заболевания сопровождается характерными морфологическими изменениями. Однако ведущая или существенная роль в возникновении психосоматических заболеваний принадлежит воздействию

³ Под диссоциативными (конверсионными) расстройствами в МКБ-10 понимаются расстройства истерического круга.

⁴ Классическими психосоматическими заболеваниями являются: эссенциальная гипертензия, язвенная болезнь, язвенный колит, тиреотоксикоз, нейродермит, бронхиальная астма, некоторые формы ревматоидного артрита. При относительно строгом понимании психосоматики к этой группе можно отнести также такие заболевания сердечно-сосудистой системы, как ИБС, инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь, кроме того, большое число кожных и урогенитальных заболеваний, мигрень.

психотравмирующего фактора. Начавшее развиваться по законам психогении, психосоматическое заболевание за счет вовлечения в патологический процесс других органов и систем, трансформируется в собственно соматическую болезнь, а значение психогенеза значительно уменьшается. Таким образом, значимость психотерапевтического аспекта особенно велика на ранних этапах развития данных расстройств, его роль также значительна на этапах реабилитации и третичной психопрофилактики.

Соматогенные психические расстройства следует рассматривать в трех подгруппах: церебросоматические заболевания, то есть психические расстройства, обусловленные органическим поражением головного мозга; психические расстройства, входящие, кроме прочего, в клиническую картину общесоматических заболеваний, а также психические расстройства, вызванные острой и/или хронической интоксикацией.

В отдельную рубрику настоящей систематики вынесены соматические заболевания, где психическое расстройство сыграло роль предрасполагающего фактора. Психические расстройства разного уровня зачастую понижают резистентность организма, ослабляют его защитные функции, что является предрасполагающим фактором для широкого круга разнообразных соматических заболеваний, вплоть до инфекционных заболеваний и новообразований (Лебедев Б.А., 1991).

Несмотря на то что первая группа представленных выше расстройств – собственно психических – относится к ведению психиатров и психотерапевтов, врачу общей практики, к сожалению, приходится работать с подобными пациентами, поскольку последние, как правило, уверены в соматической природе своих расстройств – или хотят в это верить. Настоящие методические рекомендации призваны облегчить врачам общей практики работу с данной группой пациентов. Относительно второй группы заболеваний врачи общей практики, разумеется, осведомлены достаточно. Однако, учитывая психическую обусловленность и клинику этих расстройств, а также возможности психиатров и психотерапевтов на этом поле, объединение усилий представителей всех «заинтересованных сторон» никак нельзя считать лишним. Все представленные в настоящих методических рекомендациях заболевания рассматриваются в психиатрическом и психотерапевтическом ракурсе, что обещает расширить «клиническую картину» всего круга указанных расстройств в глазах врачей общей практики и обеспечить таким образом комплексное лечение пациентов.

Глава 1.1

Психические расстройства с соматическими проявлениями

1.1.1. Невротические, соматоформные и поведенческие расстройства с соматическими проявлениями

Определения и классификация

I. Невротическое расстройство является психогенным (то есть возникает в результате нарушения особо значимых жизненных отношений пациента), функциональным (то есть психические нарушения рассматриваются как принципиально обратимые), проявляется в специфических клинических феноменах, где доминируют эмоционально-аффективная и соматовегетативная симптоматика, а психотические явления отсутствуют.

1. Тревожные расстройства невротического уровня с соматическими проявлениями – это состояния, при которых пациент испытывает субъективно очень неприятное,

часто смутное опасение, внутреннее напряжение, беспокойство, суетливость, желание избежать тревожащих ситуаций или объектов, что проявляется комплексом вегетативных реакций, а также может приводить к субъективному ухудшению соматического состояния.

1.1. Тревножно-фобические расстройства [F40] – психические расстройства, при которых тревога вызывается определенными ситуациями или объектами, не являющимися в настоящее время опасными. Пациенты пытаются избежать этих ситуаций (объектов) или переносят их с чувством страха, который может колебаться по степени интенсивности от легкого дискомфорта до ужаса. Как правило, в ситуации тревоги пациент обеспокоен своим соматическим состоянием (сердцебиение, ощущение колебаний артериального давления, затрудненное дыхание, дурнота и т. п.), которое часто сочетается с вторичными страхами смерти, потери самоконтроля или сумасшествия. Рациональные доводы пациентами игнорируются, несмотря на объективные свидетельства безопасности данных ситуаций, они остаются уверенными в том, что какая-то угроза их жизни и здоровью все-таки существует.

1.1.1. Агорафобия [F40.0] – достаточно широкий круг тревожно-фобических расстройств, которые характеризуются сочетанными страхами (страх выходить из дома, страх толпы, общественных мест, передвижений в общественном транспорте и т. п.), а также сопутствующей вегетативной дисфункцией. Агорафобия чаще встречается у женщин и может протекать без панического расстройства [F40.00] или с паническим расстройством [F40.01].

1.1.2. Социальные фобии [F40.1] – страх испытывать внимание со стороны окружающих в сравнительно малых группах людей (в противоположность толпе), что приводит к избеганию общественных ситуаций. Данные фобии обычно сочетаются с заниженной самооценкой и боязнью критики, могут сопровождаться страхом рвоты в обществе, жалобами на тремор рук, тошноту, позывы на мочеиспускание, метеоризм и т. п., причем иногда пациент убежден, что эти вторичные выражения его тревоги являются основной проблемой.

1.1.3. Специфические (изолированные) фобии [F40.2] – страхи, ограниченные строго определенными ситуациями (темнота, полеты на самолетах, закрытые пространства, мочеиспускание или дефекация в общественных туалетах, прием определенной пищи, лечение у зубного врача, страх наркоза, определенных заболеваний (лучевой болезни, венерических заболеваний, ВИЧ и т. п.) и др.), сопровождающиеся вегетативными симптомами.

1.2. Другие тревожные расстройства [F41].

1.2.1. Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога) [F41.0] – психическое расстройство, основным признаком которого являются повторные приступы тяжелой тревоги (паники), которые, как правило, не ограничены определенной ситуацией или обстоятельствами и поэтому непредсказуемы. Доминирующие симптомы варьируют, но общими являются неожиданно возникающие сердцебиение, боли в груди, ощущение удушья, головокружение и чувство нереальности. Почти неизбежны также вторичный страх смерти, потери самоконтроля или сумасшествия. Обычно атаки продолжаются лишь минуты, хотя временами и дольше; их частота и течение расстройства достаточно переменны.

1.2.2. Генерализованное тревожное расстройство [F41.1] – психическое расстройство, при котором тревога носит генерализованный и стойкий характер, но не ограничивается какими-то определенными обстоятельствами. Доминирующие симптомы очень переменны, но частыми являются жалобы на чувство постоянной нервозности, дрожь, мышечное напряжение, потливость, сердцебиение, головокружение и дискомфорт в эпигастральной области. Часто наличествуют страхи, что больной или его родственники скоро заболеют или с ними произойдет несчастный случай, а также другие разнообразные волнения и дурные предчувствия. При генерализованном тревожном расстройстве выявляется следующая триада: опасения (беспокойство о будущих неудачах, ощущение волнения, трудности в сосредоточении и др.), моторное напряжение (суетливость, головные боли напряжения, дрожь, невозможность

расслабиться и др.), вегетативная гиперактивность (потливость, тахикардия или тахипноэ, эпигастральный дискомфорт, головокружение, сухость во рту и др.).

2. Депрессивные расстройства невротического уровня с соматическими проявлениями – состояния, характеризующиеся сниженным настроением, утратой интересов и удовольствия, снижением энергичности, повышенной утомляемостью, может наблюдаться сниженная способность к сосредоточению внимания, снижение самооценки и чувства уверенности в себе, идеи виновности и унижения, идеи или действия по самоповреждению или суициду, нарушенный сон, сниженный аппетит, что дополнительно проявляется «витальными» («соматическими», «биологическими») симптомами,⁵ а также субъективным ухудшением соматического состояния.

2.1. Депрессивный эпизод [F32] с соматическими симптомами.

2.1.1. Легкий депрессивный эпизод [F32.0] с соматическими симптомами [F32.01].

2.1.2. Умеренный депрессивный эпизод [F32.1] с соматическими симптомами [F32.11].

2.1.3. Тяжелый депрессивный эпизод [F32.2], при котором соматические симптомы всегда присутствуют.

2.2. Дистимия [F34.1]⁶ – психическое расстройство, характеризующееся длительным снижением настроения, при этом наблюдаются периоды (дни или недели), которые сами пациенты расценивают как хорошие, однако большую часть времени (часто месяцами) они чувствуют усталость и сниженное настроение, становится трудной любая работа и ничего не доставляет удовольствия, больные склонны к мрачным размышлениям и жалуются, что плохо спят, чувствуют себя дискомфортно, но в целом справляются с требованиями повседневной жизни.

3. Тревножно-депрессивные расстройства невротического уровня с соматическими проявлениями.

3.1. Смешанное тревожное и депрессивное расстройство [F41.2] с соматическими проявлениями – состояние, при котором наличествуют симптомы депрессии и тревоги, но ни те ни другие не являются доминирующими, при этом вегетативные симптомы (тремор, сердцебиение, сухость во рту, бурление в животе и пр.) присутствуют обязательно. Пациенты с такой смесью сравнительно легких симптомов часто наблюдаются при первичном обращении, но в целом их число значительно больше, чем то количество, которое попадает в поле зрения врачей общей практики и психиатров-психотерапевтов.

3.2. Расстройство адаптации [F43.2] – это состояния субъективного дистресса и эмоционального расстройства, обычно препятствующие социальному функционированию и продуктивности и возникающие в период адаптации к значительному изменению в жизни или стрессовому жизненному событию (включая наличие или возможность серьезной физической болезни).⁷

3.2.1. Кратковременная депрессивная реакция [F43.20] – транзиторное мягкое депрессивное состояние, не превышающее 1 месяца по длительности.

⁵ К данной группе симптомов относят: 1) утрату интереса и удовольствия от деятельности, ранее доставлявшей удовольствие; 2) утрату эмоциональной реактивности на окружение и события, которые в норме приятны; 3) раннее пробуждение, сопровождающееся сниженным настроением; 4) объективные данные о психомоторной заторможенности или ажитации; 5) четкое снижение аппетита и потеря в весе (5 % и более в течение последнего месяца); 6) выраженное снижение либидо.

⁶ В данную группу расстройств, согласно МКБ-10, входят: хроническая тревожная депрессия, депрессивный невроз, депрессивное расстройство личности и невротическая депрессия (длительностью более 2 лет).

⁷ Стрессовый фактор при расстройствах адаптации может поражать интегральность социальной сети больного (потеря близких, переживание разлуки) или более широкую систему социальной поддержки и социальных ценностей (миграция, положение беженца).

3.2.2. Пролонгированная депрессивная реакция [F43.21] – легкое депрессивное состояние в ответ на длительную подверженность стрессовой ситуации, но продолжающееся не более 2 лет.

3.2.3. Смешанная тревожная и депрессивная реакция [F43.33] – расстройство адаптации, проявляющееся и тревожными, и депрессивными симптомами.

3.3. Посттравматическое стрессовое расстройство [F43.1] – отставленная и/или затяжная реакция тревожного и депрессивного характера на стрессовое событие или ситуацию (кратковременную или длительную) исключительно угрожающего или катастрофического характера, которые в принципе могут вызвать общий дистресс у любого человека.⁸ ПТСР характеризуется эпизодами повторного переживания травмы в виде навязчивых воспоминаний, снов или кошмаров, возникающих на фоне хронического чувства «оцепенелости» и эмоциональной притупленности, отчуждения от других людей, отсутствия реакции на окружающее, ангедонии и уклонения от деятельности и ситуаций, напоминающих о травме, также наблюдаются острые вспышки страха, паники или агрессии, провоцируемые стимулами, вызывающими неожиданное воспоминание о травме или о первоначальной реакции на нее. Обычно имеет место состояние повышенной вегетативной возбудимости с повышением уровня бодрствования, усилением реакции испуга и бессонницей.

II. Соматоформные расстройства являются психогенными, функциональными, характеризуются физическими патологическими симптомами, которые напоминают соматическое заболевание при отсутствии соответствующих органических расстройств, а обнаруживаемые органические расстройства не объясняют природу и выраженность симптоматики или дистресса и озабоченности больного. Специфической чертой соматоформных расстройств следует считать убежденность пациентов в наличии у них соматических заболеваний, которая снижается только под влиянием аргументации, успокоения и при проведении новых обследований.

1. Соматизированное расстройство [F45.0] – психическое расстройство, основным признаком которого является наличие множественных, повторно возникающих и часто изменяющихся соматических симптомов, которые обычно имеют место на протяжении ряда лет, предшествующих обращению пациента к психиатру, и потребовали множества медицинских обследований, а также, в ряде случаев, выполнения бесполезных операций.⁹

2. Ипохондрическое расстройство [F45.2] – психическое расстройство, основным признаком которого является постоянная озабоченность пациента возможностью наличия у него тяжелого и прогрессирующего соматического заболевания. Больные фиксированы на своем соматическом состоянии, нормальные или обыкновенные ощущения (явления) часто интерпретируются ими как аномальные и неприятные, причем внимание обычно фокусируется на одном или двух органах или системах организма. Больной может называть свое предполагаемое соматическое заболевание или дефект тела, тем не менее степень убежденности в наличии у него соматического заболевания меняется от консультации к консультации, иногда и сами «диагнозы» могут варьировать. Нередко больной думает, что помимо основного заболевания существуют еще и дополнительные. Возможность психической природы подобного состояния пациентом, как правило, категорически отрицается, а в отношении врачей, пытаю-

⁸ К числу таких стрессоров относятся природные или искусственные катастрофы, боевые действия, серьезные несчастные случаи, наблюдение за насильственной смертью других, роль жертвы пыток, терроризма, изнасилования или другого преступления и др.

⁹ Симптомы соматизированного расстройства могут относиться к любой части тела или системе, но наиболее часто встречаются желудочно-кишечные ощущения (боль, отрыжка, регургитация, рвота, тошнота и т. п.), а также аномальные кожные ощущения (зуд, жжение, покалывание, онемение, болезненность и т. п.). Нередкими оказываются сексуальные и менструальные жалобы.

щихся убедить его в отсутствии соматической болезни, обуславливающей имеющиеся симптомы, у него возникает недоверие.

3. Соматоформная вегетативная дисфункция [F45.3] – психическое расстройство, проявляющееся жалобами и симптомами со стороны той или иной системы органов (сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной, дыхательной, мочеполовой и др.), которые, однако, обусловлены состоянием вегетативной нервной системы.¹⁰ Симптоматика разворачивается в двух вариантах: 1) жалобы, отражающие объективные признаки вегетативного возбуждения (сердцебиение, потливость, покраснение, тремор и т. п.); 2) симптоматика идиосинкразическая, неспецифическая, субъективная (миготельные боли, жжение, тяжесть, напряжение, ощущение раздувания или растяжения и т. п.). Возможны случаи, при которых первый вариант данного расстройства является основным, а второй – дополнительным, сопутствующим.

3.1. Соматоформная вегетативная дисфункция сердца и сердечно-сосудистой системы [F45.30] – психическое расстройство, которое проявляется болями в области сердца (возможна иррадиация), сердцебиением, перебоями в работе сердца (экстрасистолия, зачастую по типу телесных ощущений), колебаниями артериального давления, слабостью, головными болями (тяжестью в голове), головокружением, шаткостью походки, потливостью и др.

3.2. Соматоформная вегетативная дисфункция дыхательной системы [F45.33] – психическое расстройство, которое проявляется приступами «удушья» (затрудненное дыхание), поверхностным дыханием, комом в горле, невротическим кашлем, одышкой, слабостью, головокружением, головными болями и др.

3.3. Соматоформная вегетативная дисфункция верхнего отдела желудочно-кишечного тракта [F45.31] – психическое расстройство, которое проявляется тошнотой, рвотой, болью в эпигастрии, отрыжкой, спазмами пищевода и др.

3.4. Соматоформная вегетативная дисфункция нижнего отдела желудочно-кишечного тракта [F45.32] – психическое расстройство, которое проявляется поносом или частыми позывами на дефекацию, запором, тяжестью и болями в животе, вздутием живота, метеоризмом и др.

3.5. Соматоформная вегетативная дисфункция мочеполовой системы [F45.34] – психическое расстройство, которое проявляется повышением частоты мочеиспусканий или позывов на мочеиспускание, чувством затрудненного мочеиспускания или его задержкой и др.

3.6. Соматоформная вегетативная дисфункция женской половой системы – психическое расстройство проявляется болезненными, субъективно чрезвычайно тягостными менструациями, сопровождающимися слабостью, головокружением, головными болями и т. п., нерегулярными менструальными периодами, слишком обильным менструальным кровотечением и др.

4. Хроническое соматоформное болевое расстройство [F45.4] – психическое расстройство, где ведущей жалобой пациента является постоянная тяжелая и психически угнетающая боль, которая не может быть полностью объяснена физиологическим процессом или соматическим расстройством и появляется в сочетании с эмоциональным конфликтом, психосоциальными проблемами.

5. Другие соматоформные расстройства [F45.8] – данную рубрику МКБ-10 используют для обозначения психических расстройств, которые не опосредуются вегетативной нервной системой и ограничиваются отдельными системами и органами. Сюда относят также разнообразные расстройства ощущений (например, чувство разбухания, движений по коже,

¹⁰ Подобные расстройства прежде рассматривались как «неврозы органов»: «невроз сердца» – сердечно-сосудистая система; «психогенная одышка», «удушье» и «икота» – дыхательная система; «невроз желудка», «невротическая рвота» и «нервный понос» – желудочно-кишечный тракт и пр.

парестезий, онемения, покалывания и т. п.), возникающие вне связи с органическим расстройством, но одновременно со стрессовыми событиями и психологическими проблемами.¹¹

6. Диссоциативные расстройства движений и ощущений – психические расстройства, которые характеризуются потерей или затруднением движений, судорогами, утратой ощущений, в отсутствие объективной причины подобных псевдоневрологических симптомов (амнезия, затрудненное глотание, потеря голоса, мнимая глухота, двоение зрительного образа, нечеткость зрения, мнимая слепота, обмороки и потеря сознания, развернутые припадки, спазмы, судороги или конвульсии, шатание при ходьбе, мнимый паралич, мышечная слабость и др.). Симптомы, как правило, отражают представления больного о физическом заболевании, что может находиться в противоречии с физиологическими и анатомическими принципами. Кроме того, выявляется некоторая выгода больного от своего страдания (способ избежать субъективно неприятных ситуаций и т. п.), однако сам пациент подобную закономерность не замечает и отрицает, если на нее указывает врач.

6.1. Диссоциативные расстройства моторики [F44.4] – психическое расстройство, характеризующееся утратой способности пациента к движению той или иной конечностью – или несколькими, или только ее частью. Подобный паралич может быть полным или частичным, когда движения слабы и замедленны. Могут проявляться различные формы и степени нарушения координации (атаксия), особенно в ногах, что обуславливает вычурную походку или неспособность стоять без посторонней помощи (астазия-абазия). Может иметь место преувеличенное дрожание одной или более конечностей или всего тела. Сходство может быть близким с почти любым вариантом атаксии, апраксии, акинезии, афонии, дизартрии, дискинезии, пареза или паралича.

6.2. Диссоциативные судороги [F44.5] – психические расстройства, проявляющиеся судорогами, которые достаточно точно имитируют эпилептические припадки (отсутствуют такие признаки эпилептического припадка, как прикусывание языка, тяжелые кровоподтеки в связи с падением, непроизвольное мочеиспускание, потеря сознания и др.).

6.3. Диссоциативная анестезия и утрата чувственного восприятия [F44.6] – психические расстройства кожной анестезии, имеющие границы, не соответствующие клинике органического поражения, но отражающие представления пациента о телесных функциях; могут наблюдаться изолированные потери в сферах чувств, не обусловленные неврологическими повреждениями. Утрата чувственного восприятия может сопровождаться жалобами на парестезии.

7. Неврастения [F48.0] – психическое расстройство, могущее иметь два варианта: 1) повышенная утомляемость после умственной работы, которая описывается как неприятное вмешательство отвлекающих ассоциаций или воспоминаний, невозможность сосредоточиться и непродуктивное мышление; 2) физическая слабость и истощаемость после минимальных усилий, сопровождающаяся чувством боли в мускулах и невозможностью расслабиться. При обоих типах неврастении являются обычными и другие неприятные физические ощущения (головокружение, тензионные головные боли и чувство общей неустойчивости). Обычна также озабоченность по поводу умственного и физического неблагополучия, раздражительность, ангедония (потеря чувства радости, наслаждения) и небольшие степени подавленности и тревожности. Часто нарушены начальные и промежуточные фазы сна, однако выраженной может быть и гиперсомния.

III. Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями, представляют собой группу нервно-психических расстройств, которые являются психогенными,

¹¹ Сюда относят, кроме прочего, «истерический ком» (ощущение кома в горле, вызывающее дисфагию), психогенную кривошею, психогенный зуд, психогенную дисменорею, скрежетание зубами.

функциональными и представляют собой различные варианты поведения, которые феноменологически соответствуют поведению соматического больного, но характеризуются отсутствием органических заболеваний.

1. Расстройства приема пищи [F50].

1.1. Нервная анорексия [F50.0] – психическое расстройство, характеризующееся преднамеренным снижением веса, вызываемым и/или поддерживаемым самим пациентом. Расстройство связано с недостаточностью питания разной тяжести, приводящей к вторичным метаболическим изменениям и нарушениям функций организма.

1.2. Нервная булимия [F50.2] – синдром, характеризующийся постоянными приступами переедания и чрезмерной озабоченностью контролированием веса тела, что приводит больного к принятию ряда крайних мер для смягчения «полнящего» влияния съеденной пищи (как правило, вызываемая пациентом рвота). При повторяющейся рвоте возможны нарушения электролитного баланса, физические осложнения (тетания, эпилептические припадки, сердечные аритмии, мышечная слабость) и дальнейшая весьма значительная потеря веса.

1.3. Переедание, сочетающееся с другими психологическими нарушениями [F50.4], – эта рубрика МКБ-10 используется в случаях, когда наблюдается переедание, которое приводит к тучности и является реакцией на дистресс. «Реактивная тучность» может следовать за утратой близких, несчастными случаями, хирургическими операциями и эмоциональными дистрессами, особенно у лиц, предрасположенных к полноте.

2. Расстройства сна неорганической природы [F51] – данная рубрика МКБ-10 предназначена только для тех расстройств сна, при которых в качестве первичного фактора предполагаются эмоциональные причины, и включает в себя: 1) диссомнии: первично психогенные состояния, при которых основным является эмоционально обусловленное нарушение количества, качества или времени сна, то есть бессонница неорганической природы (F51.0), гиперсомния неорганической природы [F51.1] и расстройство режима сна-бодрствования неорганической природы [F51.2]; 2) парасомнии: возникающие во время сна аномальные эпизодические состояния: снохождения [F51.3], ночные ужасы [F51.4] и кошмары [F51.5].

3. Половая дисфункция, не обусловленная органическим расстройством или заболеванием [F52], – данная рубрика МКБ-10 включает такие расстройства, как: отсутствие или потеря полового влечения [F52.0]; сексуальное отвращение [F52.10] и отсутствие сексуального удовлетворения [F52.11]; отсутствие генитальной реакции [F52.2]; оргазмическая дисфункция [F52.3]; преждевременная эякуляция [F52.4]; вагинизм неорганической природы [F52.5]; диспареуния неорганической природы [F52.6]; повышенное половое влечение [F52.7].

4. Другие расстройства зрелой личности и поведения у взрослых [F68].

4.1. Преувеличение физических симптомов по психологическим причинам [F68.0] – данная рубрика МКБ-10 используется в тех случаях, когда соматические симптомы, соответствующие и первоначально обусловленные соматическим заболеванием пациента, становятся преувеличенными или пролонгированными благодаря психологическому состоянию больного. Развивается синдром направленного на привлечение внимания поведения, который может включать дополнительные (часто неспецифические) жалобы несоматической природы. Из-за боли или инвалидизации больной обычно находится в состоянии дистресса, а также может быть озабочен вероятностью длительной или прогрессирующей инвалидизации или болевых ощущений. Мотивирующим фактором могут быть неудовлетворенность результатами лечения или обследований или разочарование в связи с недостаточным вниманием, которое уделяется пациенту в клинических учреждениях. В некоторых случаях отмечается и материальная заинтересованность пациента в соматическом или психическом заболевании, которое он и пытается предъявить врачу.

4.2. Преднамеренное вызывание или симуляция инвалидизации или симптомов, физических или психологических (симулятивное расстройство) [F68.1], – данная рубрика МКБ-10 используется в тех случаях, когда при отсутствии установленного соматического или психического расстройства, заболевания или инвалидизации лицо периодически или постоянно симулирует симптомы.¹² Мотивация такого рода поведения почти всегда носит неясный и предположительно внутренний характер, а состояние лучше всего интерпретируется как расстройство, связанное с принятием на себя роли больного. Лица с таким типом поведения, как правило, обнаруживают признаки ряда других выраженных аномалий личности и взаимоотношений.

Общие замечания

Принципиальной особенностью невротических, соматоформных и поведенческих расстройств является их психогенный характер и структура. Иными словами, они имеют психогенное происхождение, основа их патогенеза – это психический субстрат, и клиника (то есть собственно болезненные проявления) этих расстройств также психическая. При этом психогенное происхождение не подразумевает просто и только стрессовое воздействие, содержательные аспекты патогенеза в значительной степени обеспечиваются соматическими процессами, а наблюдаемые симптомы, хотя и могут казаться чисто соматическими, на деле все же именно психические.

Этиология

Психотравмирующим фактором, вызывающим психическое расстройство невротического круга, может быть, с одной стороны, фактический стрессор, с другой стороны, им может стать и любой кажущийся нейтральным стимул, приобретающий, однако, психотравмирующие черты уже в субъективном (психологическом) пространстве индивида.

К фактическим психотравмирующим факторам относятся, во-первых, экстремальные воздействия (как, например, при посттравматических стрессовых расстройствах и расстройствах адаптации, проявляющихся депрессивными реакциями); во-вторых, любые изменения привычного стереотипа поведения человека (например, изменение места работы, изменение социального статуса (брак, развод и т. п.), рождение детей и т. п.), что неизбежно приводит к дезадаптации, хотя зачастую и неощущаемой субъективно.

К субъективно-значимым стрессовым факторам относятся такие обстоятельства, которые блокируют реализацию тех или иных потребностей индивида (за исключением, конечно, базальных потребностей). К числу таких потребностей относятся, например, качество сексуальной жизни человека, его желание чувствовать себя защищенным, признанным, принятым и понятым, потребность в эмоциональной поддержке, самореализации и т. п. Если эти потребности оказываются фрустрированы, возникает психологический конфликт, который и приводит к развитию того или иного расстройства невротического уровня. Верифицировать подобный личностный конфликт, фрустрацию той или иной потребности пациента зачастую достаточно трудно, а потому в ряде случаев подобная «психологическая почва» предполагается, хотя и неочевидна. Решать этот вопрос надлежит врачу-психотерапевту.

Наконец, под «психогенным происхождением» следует понимать и нечто иное, нежели просто и только психотравмирующий фактор (любой из представленных выше). Психическая

¹² Имитация боли и заявления о кровотечениях таких пациентов могут быть столь постоянными и убедительными, что периодически им выполняются обследования и операции в разных больницах и клиниках, несмотря на отрицательные результаты повторных обследований.

организация лишь отчасти детерминирована биологически, в значительной степени она является надбиологическим, социо-культурным образованием. На различных этапах формирования этой «надстройки» могут возникать определенные ошибки, которые и приводят к нарушению общей структуры, что в конечном итоге способствует дезадаптации индивида. Возникшие таким образом «личностные» или «патохарактерологические черты», обуславливающие специфику реакций индивида на внешние обстоятельства, приводят к дезадаптации, психическим расстройствам пограничного уровня. Зачастую такой индивидуальный способ неадекватного реагирования нельзя изжить, хотя при помощи специалиста он всегда может быть видоизменен в целях наибольшей адаптивности данного индивида.

Патогенез

Развитие невротических, соматоформных и поведенческих расстройств с соматическими проявлениями представляет собой весьма сложный процесс, в основе которого лежит психический субстрат. Этиологические факторы данного круга расстройств, относящиеся на счет ВНД, действуют в двух направлениях: с одной стороны, они приводят к нарушениям в работе ЦНС (создают здесь так называемые «слабые звенья», то есть потенциально патогенные условно-рефлекторные образования, а также ведут к дезинтеграции различных функциональных систем), с другой стороны, вызываемые ими психические реакции имеют свою биологически обусловленную соматическую составляющую.

Психические процессы ВНД (как идеальные) не оказывают прямого влияния на работу ЦНС, однако они включены в ее систему на правах неспецифических структурных элементов, то есть сложных условных рефлексов. Таким образом, психические процессы ВНД могут замыкать друг на друга различные, изначально не связанные структурные элементы ЦНС. Это обстоятельство обеспечивает возникновение причудливых «картин болезни»: психологические проблемы и противоречия выражаются различными, казалось бы, не относящимися к делу явлениями, в том числе и соматическими (по такому механизму могут развиваться, например, различные «телесные сенсации», спазмы, болевой синдром и т. п.).

Кроме того, поскольку ЦНС осуществляет контроль над органами и системами организма (посредством вегетативной нервной системы, а также оказывая влияние на гуморальную и иммунную системы), наличие «слабых звеньев» ЦНС приводит к значительному искажению этого контроля и регуляции. Наконец, «слабые звенья» ЦНС могут быть также обусловлены прежними соматическими заболеваниями, но их патологический характер проявляется на фоне психотравмирующих факторов, которые и обуславливают включение данных соматических явлений в структуру невротического симптома.

С другой стороны, любые психические процессы ВНД, будучи отчасти биологически обусловленными, проявляются (опять же неспецифически) различными соматическими симптомами. Так, например, страх сопровождается нарастанием мышечного напряжения, увеличением частоты сердечных сокращений, повышением АД, изменением характера внешнего дыхания, потливостью и т. п. Однако данные соматические симптомы, не являющиеся в прямом смысле болезненными, могут интерпретироваться пациентом подобным образом. Характер подобных интерпретаций пациента не соответствует фактической действительности, однако для него в данном случае ориентиром является не здравый смысл и авторитет врачей, а обеспокоенность собственным состоянием.

Иными словами, индивид (особенно в тех случаях, когда подлинный субъективно-стрессовый фактор ему не очевиден) может рассматривать данные проявления как свидетельства соматического заболевания, что в свою очередь приводит к увеличению уровня тревоги, соответствующим физиологическим процессам, убеждающим пациента в «правильности» его ошибочных суждений и оценок. Пациенты способны концентрировать свое внимание, детер-

минированное тревогой, на любых вегетативных проявлениях – от увеличения частоты сердцебиений до расширения или сужения зрачка, придавая данным симптомам устрашающие оценки – от «инфаркта миокарда» до «рака мозга». Причем, как правило, очевидна следующая специфическая черта этой самодиагностики, производимой пациентом: «доказательства», которые использует пациент для подтверждения собственной убежденности в наличии у него соматического заболевания, соответствуют его представлениям о той или иной болезни, а не тому, какова действительная картина предполагаемых им заболеваний.

При этом необходимо учитывать, что любой длительно существующий аффект негативного знака является по существу астенизирующим фактором. На этом фоне повышается общая раздражительность (реакция на слабые или незначительные сигналы), переходящая затем в раздражительную слабость. Возникающее вследствие этого снижение биологической активности организма при одновременной мобилизации защитно-приспособительных механизмов отражается на всех этапах обработки поступающей в мозг информации – ее восприятия, формирования и преобразования, передачи по каналам связи и, наконец, хранения, а также использования в ходе афферентного синтеза. Клиническим проявлением возросшей информационной значимости сигнала становится общая психическая гиперестезия с отчетливой реакцией индивида на импульсы, в норме не ощущаемые или остающиеся за порогом сознания. Даже естественные для данной системы раздражители (например, перистальтика кишечника или сердечные сокращения) трансформируются при этом в условный сигнал болевой или ориентировочной доминанты.

По этому же типу развивается алгический синдром. Болевое ощущение изначально может быть и действительным, но то, как долго оно поддерживается, его интенсивность и характер в значительной степени могут быть результатом работы ЦНС, обеспеченной теми или иными процессами ВНД. Тревога, вызванная болезненными ощущениями, усиливает боль, фиксирует ее в этом качестве по механизму условного рефлекса и может воспроизводиться затем без каких бы то ни было объективных соматических причин. С другой стороны, депрессивный аффект также способствует росту интенсивности алгического синдрома, увеличивает ригидность болей, их распространение и иррадиацию.

При действии фактических психотравмирующих факторов (остром или хроническом стрессе) пациент, как правило, не преследует подсознательно каких-то дополнительных целей, а является заложником реакций своего психического аппарата. В случае же субъективно-значимых психотравмирующих факторов «симптом» в большинстве случаев выполняет какую-то роль (приносит пациентам «вторичную выгоду»). Например, привлекает внимание окружающих к страданиям пациента, обеспечивает ему чувство защищенности со стороны «здоровых» лиц (например, членов семьи), «симптом» может оправдать несостоятельность данного лица в профессиональной сфере и т. п., то есть всякий раз наблюдается попытка подобным «обходным путем» решить вопрос фрустрированной потребности, минимизировать внутриличностный конфликт.

Кроме того, особенно когда речь идет о поведенческих расстройствах, большое значение имеют неосознанные (или частично осознаваемые), зачастую сложно организованные установки пациентов – от установки на болезнь (например, преувеличение физических симптомов по психологическим причинам) до установки на похудание (при анорексии). Однако эти установки могут не только предшествовать тем или иным симптомам, но и быть вторичными. После того как у пациента формируется ипохондрическая настроенность, уверенность в неспособности нормализовать цикл сон-бодрствование или убежденность в своей «половой слабости», данные симптомы могут закрепляться, а указанные иррациональные установки начинают регулировать поведение человека в данных аспектах.

Клиническая картина

Клиническая картина невротических, соматоформных и поведенческих расстройств с соматическими проявлениями может быть подразделена на две группы симптомов. К первой будут относиться специфические жалобы пациентов на свое соматическое недомогание, а также разнообразные вегетативные дисфункции, функциональные расстройства, «телесные сенсации», боли, мышечные спазмы (дрожь, судороги и т. п.), нарушения сна, аппетита и т. п. Ко второй относится собственно невротическая симптоматика.

Большая часть симптомов первой группы является непосредственным следствием (проявлением) вегетативной дисфункции, вызванной психоэмоциональным стрессом, то есть переживаниями тревожного спектра. Вегетативные расстройства могут быть перманентными, но часто, особенно в начале заболевания, возникают по типу пароксизмов, длящихся до двух-трех часов и более. В дальнейшем манифестация вегетативной дисфункции приобретает условно-рефлекторную природу, то есть возникновение очередного пароксизма уже не связано с какими-то психотравмирующими (стрессовыми) факторами, но воспроизводится самопроизвольно или же, что встречается достаточно часто, по идеаторным механизмам (пациенты думают о возможности этих нарушений, начинают тревожиться, что и провоцирует данные состояния).

Так называемый психовегетативный синдром может отражать не только преобладание симпатического тонуса – феномен эрготрофической надстройки (тахикардия, склонность к артериальной гипертензии, атонические запоры, мидриаз, экзофтальм, субфибрилитет, сухость во рту, гипергидроз и т. п.), но и доминантность вагоинсулярной иннервации – феномен трофотрофической надстройки (тошнота, рвота, жидкий и учащенный стул, учащенный диурез, артериальная гипотензия, гиперсаливация, гипотермия, брадикардия, ощущение удушья). Нередко встречаются и смешанные варианты – амфитонические состояния. Для облегчения верификации подобных симптомов следует иметь в виду принципы регуляции вегетативной нервной системой органов и систем организма (таблица № 3).

К наиболее часто встречающимся симптомам этой категории относятся:

1) *«Сердцебиения»* – субъективно воспринимаемая работа сердца («колотится», «стучит»), ЧСС более 80 в минуту. Симптом может появляться эпизодически в очевидной связи с индивидуально-стрессовыми событиями (что свидетельствует об относительной неустойчивости патологической реакции), спонтанно и часто (признак устойчивости дисфункции), регулярно в определенное время или в определенных обстоятельствах (очевидное свидетельство условно-рефлекторной природы расстройства).

Таблица № 3

**Эффекты действия симпатического и парасимпатического
отделов вегетативной нервной системы**

Системы и органы	Симпатическая система	Парасимпатическая система
Зрачок	Расширение	Сужение
Слезная железа	—	Усиление секреции
Слюнные железы	Малое количество густого секрета	Обильный водянистый секрет
Сердечный ритм	Учащение	Урежение
Сократимость сердца	Усиление	Ослабление
Кровеносные сосуды	В целом сужение	Слабое влияние
Скелетные мышцы	Повышение тонуса	Расслабление
Частота дыхания	Усиление	Урежение
Бронхи	Расширение просвета	Сужение просвета
Потовые железы	Активация	—
Надпочечники, мозговое вещество	Секреция адреналина и норадреналина	—
Половые органы	Эякуляция	Эрекция
Подвижность и тонус ЖКТ	Торможение	Активация
Сфинктеры	Активация	Торможение

2) *«Перебои в работе сердца»*. Как правило, это «перебои» субъективного характера, «кажущиеся», в крайних случаях – функциональные (то есть при панических атаках, например, экстрасистолия может быть зарегистрирована объективно). «Сердце замирает, останавливается, потом снова запускается».

3) *«Боли в области сердца»*. Боли в области сердца у пациентов с невротическими и соматоформными расстройствами существенно отличаются от ишемических болей: эти боли, как правило, точечные («симптом пальца»), без соответствующей иррадиации, возникают без непосредственной связи с физическими нагрузками. Последний критерий наиболее важен, поскольку иногда подобные сердечные боли могут носить и разлитой характер и даже, вызванные явлениями остеохондроза и межреберной невралгии, производят эффект иррадиации.

4) *«Колебания артериального давления»*. Как правило, повышение АД не бывает высоким и стойким, пациенты фиксированы на самом факте его повышения (или понижения) хотя бы и на 5 единиц. Любые «нарушения» такого рода, как правило, возникают в непосредственной связи со страхом выйти на улицу, остаться одному, отсутствием возможности вызвать «Скорую помощь» и т. п. (агорафобия). Характерным признаком «сердечных» расстройств является их быстрое (мгновенное) «купирование» самим фактом прихода врача, введением плацебо или психотропного препарата, госпитализацией в несоматическую клинику, тогда как в соматическом стационаре они часто усиливаются, поскольку таким образом «подтверждается» факт соматической болезни.

5) *«Затрудненное дыхание»*. Подобные «затруднения дыхания» носят отчетливо субъективный характер: пациенты не задыхаются, а, напротив, «хватают воздух», ощущения «удушья» вызваны поверхностностью дыхания или же возникают за счет преобладания вдоха над выдохом. Ощущения «кома в горле», «дыхание перехватило» связаны в данном случае с мышечными спазмами. Может возникать и гипервентиляция, специфическая «одышка» – «не отдышаться» и т. п.

6) *«Головокружение, головные боли»* – как правило, объясняются колебаниями АД, а также сочетанием последних с нарушением функции внешнего дыхания, вызванным преобла-

данием симпатического влияния. Кроме того, существенным при возникновении головокружений и головных болей может являться спазм мускулатуры шеи, а также явления возникающего на этом фоне остеохондроза.

7) *«Потливость»*. Потливость может быть относительно постоянной, что условно является неблагоприятным признаком, свидетельствующим о высокой лабильности вегетативной нервной системы, однако чаще потливость носит эпизодический характер и связана с индивидуально-стрессовыми событиями. Потливость может проявляться как общая, так (чаще) и местная (локальная) – ладони, шея, под мышками, паховая область и т. д. «Потливость» (часто мнимая или значительно преувеличиваемая) может входить в структуру социофобического синдрома.

8) *«Озноб»*. «Озноб» носит отчетливо адренореактивный характер, проявляется чувством жара, специфической «дурнотой» (неприятное чувство, но нет «тяжести в голове»), потливостью, повышенной возбудимостью, выраженным мышечным напряжением.

9) *«Субфебрилитет»* – повышение температуры в пределах между 36,9-37,4°C. Как правило, пациент «пассивно» фиксирован на этом «изолированном» симптоме (часто он предъясняется в качестве единственной жалобы). Однако больной может также жаловаться на астенизацию, быструю утомляемость. Иногда в течение нескольких дней может наблюдаться повышение температуры тела до более чем 38,0°C в отсутствие какого-либо инфекционного или иного процесса, проявляющегося подобной гипертермией. Считается, что неперенным условием данного симптома является нарушение работы центров терморегуляции мозга вследствие прежних соматических заболеваний, а нынешняя манифестация их дисфункции обеспечивается невротическим состоянием пациента.

10) *«Беспричинные синяки, кровотечения»*. Беспричинные синяки и кровотечения возникают сравнительно редко и обусловлены нейрогуморальными сдвигами, вызванными нервно-психическим напряжением. К этой же группе симптомов относится так называемый «кровавый пот».

11) *«Снижение аппетита»* – на фоне тревоги признак, в целом, благоприятный и в данной ситуации, учитывая симпатический гипертонус, вполне естественный. Такое снижение аппетита в большинстве случаев не является длительным, сочетается с частым стулом и, в отличие от депрессивных больных, как правило, «удивляет» («беспокоит») пациентов: возникающее похудание не бывает выраженным, не более 5–7 кг за весь период страдания. В случае депрессивных и тревожных реакций, вызванных тяжелым стрессом и нарушением адаптации, аппетит может снижаться вплоть до полного отвращения к пище, в этом случае пациент зачастую теряет более 10 кг. При анорексии «снижение аппетита» имеет псевдофизиологическую природу и в большей степени обусловлено работой ВНД.

12) *«Повышение аппетита»* – повышенный аппетит в каком-то смысле является при тревоге парадоксальной реакцией, носящей отчетливо защитный характер, – «вынужденная», «насилованная» активация парасимпатической системы (пациенты обычно жалуются, что «постоянно что-то жуют, хотя есть не хочется») и, соответственно, снижение симпатического тонуса, тесно связанного с чувством тревоги. Вследствие такой «диеты» пациенты могут набирать значительный избыточный вес. Для таких пациентов характерны ночные пробуждения с чувством тревоги («сердце вот-вот выпрыгнет, дрожь, знобит» и т. п.), после чего они готовят себе пищу (разряжая тем самым избыточное мышечное напряжение, переключаются на «целесообразную» деятельность), едят и, значительно успокоившись, снова ложатся спать.

13) *«Нарушения стула»*. Нарушения стула могут быть двоякими: или «медвежья болезнь» – частый, относительно жидкий стул (причем больше субъективно неприятный, вызывающий беспокойство, нежели действительно частый), или же проявляется «запорами», которые длятся, как правило, меньше трех дней и так же субъективно неприятны (иногда под «запорами» пациенты понимают отсутствие стула в течение дня). «Нарушения стула»

могут приобретать характер симптома – «медвежья болезнь» в каких-то ситуациях,¹³ например перед выходом на улицу, на работе (в ожидании контакта с начальником, необходимости «сдать отчет» и т. п.) или, напротив, дома, например перед сном (как неосознанный, выработанный способ избежать сексуальных контактов). Частным проявлением этого феномена является страх «выпустить газы», что, как правило, всегда связано с какой-то прошлой «скандальной» ситуацией. «Нарушения стула» часто входят в структуру как социофобического, так и агорафобического синдромов.

14) «Тошнота, рвота». Подобные симпатические симптомы – «тошнота» и «рвота» – больше эмоционально тягостны, нежели действительно актуальны. Если нарушения стула можно отнести на счет «кишечной диспепсии» симпатического генеза, то рассматриваемые симптомы – на счет «желудочной диспепсии» того же симпатического генеза. Несомненной особенностью условно-рефлекторного закрепления именно такого варианта реагирования является большая «очевидность» расстройства, а также возможность подвергнуть его огласке, публичности, вызвав тем самым озабоченность родных, привлечь внимание врачей и т. п.

15) «Частое мочеиспускание» – естественное проявление стрессовой реакции, которое может стать стереотипной формой невротического реагирования. Частые позывы носят больше условно-рефлекторный характер, провоцируются (как, впрочем, и «частый стул») избыточным вниманием пациента к этому вопросу, созданием своеобразной гиперстимуляции соответствующих мозговых центров. Наличие же обильного мочеиспускания косвенно свидетельствует о стрессовом повышении АД и соответственно увеличении интенсивности мочевыделительной функции почек. Данный симптом может быть и самостоятельным, связанным с какими-то условными сигналами, например с необходимостью воспользоваться общественным транспортом и т. п.

16) «Сексуальные дисфункции» – у мужчин симпатический вариант реагирования может проявляться в преждевременной эякуляции, снижении потенции, у женщин – малой секрецией желез половых органов, повышенной возбудимостью при отсутствии психологической готовности к сексуальным контактам.

17) «Слабость» (если она собственно вегетативной природы) – это результат сочетания ряда представленных выше симптомов.

Все указанные жалобы и симптомы эмоционально насыщены, пациенты рассказывают о них с явным возбуждением или напряжением. Зачастую подобные жалобы они предоставляют в виде «списков», «чтобы ничего не упустить». Требуют дополнительных обследований, которые не дают положительного результата, хотя пациенты фиксируются на любых свидетельствах, могущих, по их мнению, служить признаками заболевания.

Мышечное напряжение, неизменно возникающее на тревоге, может проявляться как общей скованностью пациента, так и наличием «лишних», «беспричинных» движений, свидетельствующих об избыточном мышечном напряжении: похлопывания, поглаживания, «барабанные» движения (пальцами по поверхности), жевание, раскачивающиеся движения (корпусом или отдельной частью тела) и т. п. Кроме того, показательны сжатые кулаки, «играющие желваки», неестественно «вывернутые руки» или «сплетенные ноги» и т. п.

Наконец, прямым указанием на хронические мышечные напряжения являются следующие жалобы пациентов: «спазмы», «тики», «подергивания», «судороги», «тремор», «ком в горле», «заикание», «невозможность расслабиться», «не сидится на месте», «суетливость», «беспокойство», «ночные пробуждения с напряжением всех мышц», «отдых не приносит удовольствия», «боли в плечах и (или) ногах», «слабость в руках», «парестезии», «чувство слабости», «быстрая утомляемость» и т. п. Не имея достаточных знаний о природе подобных состо-

¹³ Зачастую этот условный рефлекс устанавливается еще в школе или институте (экзаменационные стрессы и т. д.), а манифестирует после каких-нибудь «чисток организма» и т. п.

яний, пациенты рассматривают их как следствие «неврологического заболевания», подвергают их понятийной разработке, что позволяет этим проявлениям закрепиться условно-рефлекторно и воспроизводиться относительно самопроизвольно. С другой стороны, специфичность протекания диссоциативных (конверсионных) расстройств состоит в том, что пациенты не рассматривают эти собственные мышечные действия как собственные, но как «навязанные», «непроизвольные» и т. п., то есть эти мышечные действия оказываются неподконтрольными сознанию, что усиливает панический аффект пациентов, снижает критику и в конечном счете приводит к хронизации подобных состояний.

Психогенные алгии (болевые расстройства), как правило, манифестируют в связи с психогенными воздействиями, характеризуются сопряженностью с другими невротическими нарушениями (прежде всего с конверсионными и тревожно-фобическими), а также тенденцией к хронификации в инволюционном возрасте. По мере развития заболевания отчетливо выступают черты «эксплуатативного поведения», сближающие этих больных с лицами истерического или нарциссического склада.¹⁴ Возникая по психогенным механизмам, психалгии уже с момента манифестации неразрывно связаны (выступая в качестве единого симптомокомплекса) с конверсионными проявлениями – снижением либо усилением чувствительности в области проекции боли, онемением конечностей, шаткостью походки, «истерическим глобусом», тремором, нарушением мочеиспускания и др. Кроме того, наблюдаются психовегетативные нарушения, описанные выше, а также переживания тревоги по поводу возможности опасного для жизни заболевания. Однако проявления синдрома психалгии весьма нестойки и при переключении активного внимания на значимые для больных виды деятельности либо существенно ослабляются, либо вовсе редуцируются.

Ко второй группе симптомов, создающих картину невротических, соматоформных и поведенческих расстройств с соматическими проявлениями, следует отнести симптомы психического расстройства невротического круга: 1) чувство тревоги, страхи, беспокойство, суетливость и т. п.; 2) сниженное настроение, плаксивость, колебания настроения и т. п.; 3) раздражительность, вспыльчивость, обидчивость и т. п.; 4) апатия, утрата интереса к жизни; 5) астенизация, быстрая утомляемость, трудность сосредоточения внимания, субъективное снижение памяти.

Собственно болезненными следует считать симптомы психического расстройства, а соматические жалобы и недомогания являются здесь или следствием (проявлением) психоэмоционального стресса (в большей степени это относится к невротическим расстройствам), или же соматическим аналогом психических дисфункций (в большей степени это относится к соматоформным расстройствам). Вместе с тем выявление симптомов психического расстройства зачастую составляет серьезную проблему, поскольку пациенты, как правило, считают наличествующие у них психические нарушения следствием, а не причиной соматического недомогания. Для решения этой задачи – выявления симптомов психического недомогания – существенным подспорьем является анализ поведенческих реакций пациента, а также подробный сбор анамнеза.

¹⁴ Больные становятся все более зависимыми от лечебных процедур и медикаментозных назначений, начинают читать специальную медицинскую литературу, лечить себя нетрадиционными «щадящими» методами. Образ жизни все более сводится к избеганию провоцирующих ситуаций, интеркуррентных заболеваний либо, наоборот, к «профилактическим» мероприятиям по укреплению здоровья в виде специально подобранных физических нагрузок, диет и т. п. Проецируя на ближайшее окружение свои болезненные состояния, пациенты постоянно требуют поддержки, максимально выгодных условий отдыха не только при обострениях, но и при ослаблении либо исчезновении симптоматики. Столь выраженное стремление к условной выгоде («вторичной выгоде», «манипулятивное поведение») вплоть до перекрытия режима деятельности в ущерб семье не сопровождается, однако, явным снижением профессиональной адаптации: в служебной обстановке пациенты с психогенными болями выявляют признаки заболевания лишь в минимальной степени. В целом у пациентов нарастает капризность, раздражительность и эгоцентризм.

Дифференциальная диагностика

Пациенты с невротическими, соматоформными и поведенческими расстройствами с соматическими проявлениями, как правило, проходят через врачей общей практики с диагнозами нейроциркуляторной (вегетососудистой) дистонии. Диссоциативные расстройства зачастую рассматриваются как диэнцефальные кризы. Кроме того, для этих расстройств часто используется синдромальный диагноз (например, астено-невротический синдром), однако чаще всего он выставляется как сопутствующий, что не всегда правильно.

Особенную диагностическую трудность для врачей общей практики составляют те пациенты, у которых то или иное соматическое проявление соматоформного (невротического) расстройства выступает изолированно, а сами пациенты, вследствие, например, астенической или шизоидной акцентуации, не производят впечатление «типичных невротиков».

Кроме того, врачей общей практики может вводить в заблуждение наличие у пациента тех или иных объективных признаков соматического страдания. Современные методы исследования позволяют выявить значительное число различных показателей, которые могут рассматриваться как болезненные, однако зачастую такие «болезненные» показатели не вызывают каких-либо (или столь выраженных) расстройств у лиц, не фиксированных на своем самочувствии по невротическим причинам.

В последнее время врачи общей практики все чаще обращаются к диагнозу «панической атаки», впрочем иногда в ущерб критериям, установленным МКБ-10; однако подобная диагностическая неточность не является существенной, поскольку невротическая природа расстройства в этом случае указана.

Для дифференциальной диагностики невротических, соматоформных и поведенческих расстройств с соматическими проявлениями от собственно соматических заболеваний следует использовать следующие диагностические критерии:

I. Несоответствие объективных данных о состоянии пациента характеру приводимых им жалоб.

Здесь прежде всего оценивается тяжесть соматического страдания (если возможно его выявить), с одной стороны, и субъективная оценка своего состояния пациентом – с другой. Иными словами, критерий считается положительным, когда выявленные объективные признаки соматического страдания (если они все-таки обнаруживаются) не могут приводить (или не приводят у большинства других больных) к предъявляемым пациентом субъективным эффектам.

II. Поведение пациента не соответствует типичному поведению больного, страдающего соматическим заболеванием.

Поведение пациентов с расстройствами невротического круга и поведение пациентов с соматическим заболеванием, как правило, существенно отличается. Пациенты с соматическим заболеванием зачастую игнорируют симптомы своего недомогания, недостаточно осознают его тяжесть и необходимость лечения. Они нередко избегают дополнительных консультаций и обследований, минимизируют прием лекарственных средств, нарушают режим терапии, обращаются за помощью только на высоте страдания, пытаются избежать госпитализаций. Поведение пациентов с расстройствами невротического круга отличается принципиально: они настойчиво ищут медицинской помощи, самостоятельно обследуются, ходят по врачам, пытаются привлечь внимание как специалистов, так и окружающих, стремятся получить назначения,

убеждены в наличии у себя серьезного соматического заболевания, не принимают уверений врача в том, что они не страдают этим заболеванием. На высоте приступа невротические больные, как правило, возбуждены, демонстрируют все признаки тревоги, активно ищут врачебной помощи, требуют госпитализации, принятия «срочных мер» и т. п.

III. Выявленные симптомы соматического недомогания не вкладываются (недостаточны или избыточны) в картину какой-либо определенной соматической нозологии.

Любое соматическое заболевание проявляется определенным перечнем симптомов (синдромов), а также определенной соотнесенностью этих симптомов друг с другом. В случаях, когда подобной структуры симптомов (синдромов) не выявляется, следует думать о невротической природе расстройства.

IV. При подробном сборе анамнеза и клиническом обследовании пациента выявляется этиология, патогенез и клиника психического расстройства пограничного уровня.

Определение «психологической почвы» расстройства может составить определенную проблему, однако необходимо иметь в виду следующие существенные обстоятельства: во-первых, возникновение заболевания в связи с действием фактического или субъективно-значимого психотравмирующего фактора; во-вторых, сопряженность течения заболевания с действием этих факторов; в-третьих, симптом или обеспечивает пациенту возможность «окольной» реализации той или иной фрустрированной потребности (то есть наличествует «вторичная выгода»), или же представляет собой результат несимметричной (избыточной) реакции на психотравмирующий фактор; в-четвертых, симптомы заболевания объясняются дисбалансом вегетативной нервной системы и/или нейрогуморальной регуляции, а также мышечным напряжением, связанным с тревогой, и феноменами фиксации на болезненных расстройствах; в-пятых, выявляются симптомы собственно психического расстройства пограничного уровня (включая наличие психопатологических черт характера).

V. Эффективность психотропной терапии, использования анксиолитиков, антидепрессантов и нейролептиков.

При наличии эффекта от использования психотропных препаратов, показанных при данной группе расстройств, делает диагноз невротического, соматоформного или поведенческого расстройства несомненным. Хороший терапевтический эффект от препаратов, включающих в свой состав фенобарбитал: корвалол, валокордин и т. п., или других «успокаивающих» средств (в том числе валидол и др.) при отсутствии характерного эффекта от препаратов, показанных при тех или иных соматических заболеваниях, подозреваемых у данного пациента, должен рассматриваться как удовлетворяющий данному критерию дифференциальной диагностики пограничного психического расстройства.

1.1.2. Психотические расстройства с соматическими и псевдосоматическими проявлениями

Определения и классификация

I. Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства с соматическим содержанием [F2].

Шизофренические расстройства в целом характеризуются фундаментальными и характерными расстройствами мышления и восприятия, а также неадекватным или сниженным аффектом.

В клинике шизофрении выделяют негативные расстройства (структурные расстройства мышления (разорванность, резонерство, разноплановость), симптомы качественного искажения эмоций, расстройства воли («интрапсихическая атаксия», амбивалентность, амбитендентность, гипобулия, негативизм), расстройства личности (аутизм, снижение энергетического потенциала)) и позитивные (продуктивные) расстройства (галлюцинаторно-бредовые расстройства, кататонические расстройства, гебефреническая симптоматика, аффективно-бредовые расстройства).

1. Сенесто-ипохондрический синдром – симптомокомплекс, состоящий из сенестопатий, к которым позднее присоединяются собственно ипохондрические расстройства. В структуре расстройства могут отмечаться сверхценные идеи,¹⁵ навязчивые опасения¹⁶ и страхи ипохондрического содержания. Диагностируется при шизотипическом расстройстве [F21].

Пациенты испытывают сенестопатии, то есть разнообразные, крайне неприятные, мучительные, тягостные ощущения (стягивание, жжение, давление, раздражение, переливание, переворачивание, щекотание и т. п.), исходящие из различных областей тела, отдельных внутренних органов и не имеющие констатируемых соматическими методами исследования причин. Ипохондрические расстройства проявляются чрезмерным вниманием к своему здоровью, тревога за него может выражаться в тревожной мнительности, постоянных сомнениях, страхом заболеть неизлечимой болезнью. В ряде случаев наблюдаются упорные жалобы пациентов на постоянное недомогание, боль в различных частях тела, убежденность в заболевании тяжелой болезнью, подавленное настроение и проч.

2. Ипохондрический параноидальный синдром – симптомокомплекс, состоящий из ограниченного систематизированного бреда обыденного содержания с включением ограниченных сенестопатий. Диагностируется при бредовом расстройстве [F22.0].

Больные твердо убеждены в том, что страдают тем или иным соматическим (как правило, тяжелым и неизлечимым или унижительным) заболеванием (систематизированный интерпретативный бред). Они упорно требуют признания соматической болезни врачами, настаивают на проведении повторных исследований для подтверждения диагноза, нередко обнаруживая определенную осведомленность в симптоматике и лабораторных показателях, характеризую-

¹⁵ Сверхценные идеи – суждения, возникающие в результате реальных обстоятельств, но занявшие в дальнейшем не соответствующее их значению преобладающее положение в сознании с развитием чрезмерного эмоционального напряжения.

¹⁶ Навязчивые страхи ипохондрического содержания проявляются постоянными сомнениями больного, навязчивыми опасениями заболеть тяжелым заболеванием. Характерно навязчивое самонаблюдение, фиксация на всем, что может касаться предполагаемой болезни. Возможны пароксизмально возникающие страхи нарушения функции того или иного органа, сопровождающиеся тревогой и озабоченностью по поводу состояния своего здоровья, навязчивым анализом и наблюдением за физиологическими функциями своего организма, постоянным контролем за деятельностью внутренних органов.

ших выбранное заболевание. Пациенты могут быть враждебно настроены по отношению к врачам и даже агрессивны.

3. Ипохондрический параноидный синдром – симптомокомплекс, состоящий из образного чувственного бреда¹⁷ с чертами причудливости, галлюцинаций и сенестопатий. Диагностируется при параноидной шизофрении [F20.0].

Для параноидной шизофрении наиболее типичны бред воздействия, преследования и отношения, однако встречаются также бред заражения, отравления, метаморфозы и т. п. Бред воздействия проявляется тем, что больной утверждает, что на него кто-то или что-то действует необычным способом, руководя его мыслями, чувствами, поведением или подвергая опасности его здоровье. Эти воздействия не воспринимаются обычными органами чувств: невидимые лучи, неосязаемые токи и волны, радиоактивность, ультразвук (бред физического воздействия) или гипноз, колдовство, парапсихологические, магические, экстрасенсорные внушения и т. п. (бред психического воздействия). Бред воздействия может содержать суждения о научных экспериментах, проводимых над здоровьем больного и т. п. Бред отношения может касаться медицинского персонала или других больных, которые перешептываются, странно смотрят на больного, подсмеиваются над ним или на что-то намекают. При ипохондрическом параноидном синдроме галлюцинации могут быть обонятельными (разнообразные мнимые запахи: нечистот, гниения и т. п.), вкусовыми (ощущение вкуса, не присущего принимаемой пище или питью, чаще неприятного, отвратительного), висцеральными (ощущение явного присутствия в полости тела, обычно в животе, инородных предметов, живых существ – неподвижных, шевелящихся, передвигающихся и т. п.) и др.

Парафренный ипохондрический синдром в настоящее время включается в диагноз параноидной шизофрении и представляет собой ипохондрический бред фантастического содержания (больным «меняют кости, высасывают мозг, сжигают внутренние органы», на них «действуют из космоса, с других планет»). Здесь же выделяется нигилистический бред, когда больные убеждены, что их внутренности сгнили или отсутствуют, нарушены витальные физиологические функции.

4. Ипохондрический депрессивно-параноидный синдром – симптомокомплекс, состоящий из тоскливого аффекта, чувственного бреда и сенестопатий. Диагностируется при шизоаффективном психозе депрессивного типа [F25.1].

Расстройство, при котором в течение болезни выражены как шизофренические, так и депрессивные симптомы. Депрессивное настроение обычно сопровождается некоторыми депрессивными чертами или расстройствами поведения: заторможенностью, бессонницей, утратой энергии, потерей веса или аппетита, снижением обычных интересов, нарушением концентрации внимания, чувством вины, безысходности, суицидальными мыслями. В то же время или в рамках того же приступа имеются и другие расстройства, характерные для шизофрении, – чувственный бред и сенестопатии.

II. Аффективные расстройства настроения психотического уровня с соматическим содержанием [F3].

В данной рубрике настоящей классификации рассматриваются синдромы расстройства эмоциональной сферы, которые возникают у больных психотического уровня (эндогенных больных) и отличаются соматическим содержанием. Нарушения эмоциональной сферы включают в себя: патологию настроения (устойчивые к внешним воздействиям аутохтонные аффективные установки, сопровождающиеся общим изменением нервно-психического статуса),

¹⁷ Чувственный (образный) бред – это вторичный бред, в отличие от интерпретативного (первичного) с самого начала развивается в рамках сложного синдрома наряду с другими психическими расстройствами (галлюцинациями, аффективными нарушениями и др.); носит наглядно-образный характер, в содержании бреда преобладают образные представления, чувственность, а система доказательств, обоснований и логической структуры не обнаруживается.

патологию эмоциональных реакций (эмоциональные реакции, неадекватные по знаку, силе и продолжительности вызывающим их стимулам), патологию экспрессивных актов (неадекватное, искаженное или извращенное выражение эмоций). Представленные ниже синдромы могут наблюдаться у пациентов как по отдельности, так и сочетанно, как в качестве ведущих синдромов, так и второстепенных.

1. Депрессивный синдром при аффективных расстройствах настроения психотического уровня с соматическим содержанием характеризуется измененным аффектом, идеаторным и моторным расстройствами.

1.1. Измененный аффект при депрессивном синдроме может приобретать тоскливый характер (глубокая подавленность с чувством тоски, траура, ощущение «будто безвозвратно потеряно самое главное»), а также тревожный (повышенная боязливость, неуверенность, мнительность, нерешительность, навязчивые сомнения, опасения и страхи, беспредметное беспокойство, «внутреннее напряжение», безотчетное предощущение беды, ужасного финала, возможно тревожное возбуждение) и апатический (равнодушие, ослабление интересов, утрата желаний, безучастность, которые зачастую воспринимаются пациентами как ненормальные и очень тягостные явления).

1.2. Идеаторное расстройство представляет собой процесс понятийной разработки темы соматического заболевания в сознании больного («мысли кружатся» вокруг одной темы). Пациенты чрезвычайно фиксированы на своем соматическом состоянии, отмечают и заостряют имеющиеся у них симптомы недомогания. Параллельно с этим осмысливаются темы малоценности, виновности, бессмысленности существования. При тоске и апатии темп мышления замедляется, при тревоге, напротив, ускоряется. Ассоциации обедняются, в целом больным очень тяжело передать характер своего самочувствия, высказывания становятся плоскими и лаконичными.

1.3. Моторное расстройство проявляется общей заторможенностью при тоске и апатии или скованностью с выраженным напряжением при тревоге.

2. Соматовегетативный синдром при аффективных расстройствах настроения психотического уровня с соматическим содержанием проявляется в виде специфических «соматовегетативных масок».

2.1. Алгически-сенестопатический тип «соматовегетативных масок» представлен следующими вариантами:

2.1.1. Кардиалгический вариант – крайне мучительные, необычные или даже причудливые боли в области сердца («жжение», «мурашки», «вытягивающие» боли и т. п.), а также иная сопутствующая симптоматика в виде сердцебиений, общей слабости и т. п.

2.1.2. Цефалгический вариант – крайне тягостные, изнуряющие головные боли с неясной или странной локализацией, иррадиирующие, с сенестопатическим оттенком.

2.1.3. Абдоминальный вариант – сенестопатические боли в области живота – вычурные и причудливые, а также спазмы и парестезии, локализующиеся в любой части ЖКТ, дискинезии, тошнота, может наблюдаться снижение аппетита и массы тела и т. п.

2.1.4. Костно-мышечный и кожный варианты – сенестопатические, псевдоневрологические (не соответствующие зонам иннервации, а также не купирующиеся анальгетиками, хотя какое-то время может действовать плацебо-эффект) боли в костях и мышцах, покраснение и парестезии (например, по типу «перчаток» или «носков»), похолодание, гипергидроз, циклическая экзема и т. п.

2.1.5. Смешанный (неуточненный) алгически-сенестопатический вариант – локализация болей меняется по мере развития приступа и заболевания в целом, больные сами отмечают мигрирующий характер болей и неприятных ощущений, интенсивность которых усиливается обычно в ночные и предраусветные часы. Больные с трудом могут описать свои

ощущения, подчеркивают их мучительный и невыносимый характер, используют выражения: «тянет», «давит», «душит», «распирает», «пульсирует», «что-то стоит в груди», «впилося в сердце» и т. п. При болевом приступе у пациентов зачастую возникает страх смерти, чувство «остановки сердца», «нехватки воздуха» и т. п.

2.2. Диэнцефальный тип «соматовегетативных масок» представлен следующими вариантами.

2.2.1. Вегетативно-висцеральный вариант – периодические спонтанные приступы учащенного сердцебиения, озноба, потливости, чувства жара, недостатка воздуха, учащенного дыхания, резко пульсирующей головной боли, чувства «дурноты», усиленной перистальтики желудка и кишечника, ложные позывы на дефекацию и т. п. Четкой пароксизмальности обычно не выявляется, однако предпочтительным временем возникновения приступов, длящихся в течение примерно двух часов, следует считать ночь и утро, а также может отмечаться сезонность обострений с продолжительностью от 2 до 6 месяцев. Перечисленная симптоматика может сочетаться с расстройствами сна, аппетита, общей слабостью, внутренним беспокойством, чувством безысходности.

2.2.2. Псевдоастматический вариант – приступообразно возникающие нарушения частоты, ритма и глубины дыхания. Больных мучают ощущения удушья, невозможности полностью вдохнуть (выдохнуть), пугает недостаток воздуха. Дыхание учащается, становится поверхностным, отмечаются добавочные вздохи. Приступы непосредственно не связаны с физической или эмоциональной нагрузкой, в то же время, как правило, не наблюдается вынужденной позы, изменения выражения глаз, цвета кожных покровов. При этом отмечаются нарушения сна, снижение активности и круга интересов.

2.2.3. Вазомоторно-аллергический вариант – проявляется затрудненным дыханием, заложенностью носа, жжением или зудом в носу, крайне неприятными, тягостными ощущениями в носоглотке; как правило, отмечается четкая сезонность данных расстройств.

2.3. Агриппнический тип «соматовегетативных масок» характеризуется расстройствами сна, в частности ранним пробуждением и сокращением продолжительности ночного сна. Многие больные достаточно хорошо засыпают, но через 3–5 часов внезапно пробуждаются «как от внутреннего толчка», испытывают неопределенное беспокойство, нередко тревогу. После подобного пробуждения больные заснуть уже не могут или же засыпают через несколько часов, но сон становится поверхностным и тревожным, а утром больным кажется, что они почти не спали, общее состояние с трудом улучшается только к середине дня. Могут отмечаться общая разбитость, сонливость, тяжесть в голове, отсутствие аппетита. Зачастую и пациенты, и врачи склонны объяснять подобное состояние бессонницей, хотя при подробном выяснении анамнеза нетрудно установить определенную периодичность в смене психосоматического неблагополучия, что свидетельствует в пользу депрессивного расстройства, равно как и эффективность антидепрессивной терапии при слабом эффекте от снотворных препаратов.

2.4. Нарушения в сексуальной сфере также могут являться одним из типов «соматовегетативных масок». Изменения в сексуальной сфере, как правило, возникают на самых ранних этапах аффективных расстройств, с нарастанием депрессивных проявлений они также углубляются: снижается либидо, частота поллюций, выраженность адекватных и утренних эрекций, половая активность в целом, тускнет оргазм, изменяется продолжительность полового акта, у женщин наступает фригидность. Снижение половой активности рассматривается как результат общего снижения витального тонуса, что свойственно депрессивным расстройствам. Выявляемая подавленность, неспособность к положительным эмоциям, тревога, трудность в принятии решений иногда рассматриваются врачами как проявление сексуальной дисфункции, что в данном случае неверно. Впрочем, на депрессивном фоне сама сексуальная сфера теряет для больного актуальность, что затрудняет его обращение в врачам, с другой сто-

роны, она может стать предметом идеаторной разработки, а потому соответствующие изменения могут предъявляться больными в качестве основной жалобы.

2.5. Обсессивно-фобический тип соматовегетативного синдрома характеризуется выраженностью псевдосоматической (слабость, сердцебиение, затрудненное дыхание) и неврозоподобной симптоматики (страх смерти). Как правило, собственно депрессивный аффект выражен недостаточно, однако о его наличии и роли в развитии заболевания можно догадаться по следующим признакам: наличие витальных компонентов, суточное колебание тяжести состояния (наиболее тягостными оказываются утренние часы), внезапное появление суицидальных тенденций (пациент рассматривает самоубийство как «лучший выход»).

3. Витальные нарушения при аффективных расстройствах настроения с соматическим содержанием сателлитно включаются в иные синдромы этого круга, свидетельствуя о психотическом характере расстройства. К витальным нарушениям относятся нарушения сна (поверхностный сон, ранние пробуждения, сонливость, особенно явная в первую половину суток), общая слабость и подавленность, нарушение аппетита и снижение массы тела, нарушение менструального цикла и снижение либидо, сочетающиеся с сексуальными дисфункциями (аноргазмия, ускоренная или замедленная эякуляция у мужчин, фригидность у женщин).

Общие замечания

Психотические расстройства в ряде случаев могут начинаться с мнимых психогений, то есть выглядят как реакция на психотравмирующее событие, однако природа заболевания всегда эндогенная, а психотравмирующий фактор (при возможности его обнаружения) выступает лишь в качестве инициирующего агента. Патогенез психотического расстройства также не должен рассматриваться как функциональное расстройство, поскольку продиктован структурными болезненными изменениями психической организации больного и особенностями функционирования ЦНС, связанными с органическими причинами. Клиника психотического расстройства, каким бы ни было его содержание, – это собственно психические нарушения эндогенного круга. Поэтому психотические больные безусловно должны лечиться психиатром. Однако специфическое отсутствие критики у данного контингента больных, которые в основном рассматривают возникающие у них нарушения как факты реальности, или вовсе заставляет их избегать врачебной помощи, или мотивирует этих пациентов обращаться к психиатру по «неболезненным» основаниям или же, что касается прежде всего психотических расстройств с соматическим содержанием, – к врачу общей практики.

Этиология

До настоящего времени этиологические факторы развития психотических расстройств точно не установлены, однако выявлены определенные закономерности, которые, впрочем, также не являются безусловными. В первую очередь к ним относится наследственная предрасположенность, характер организации процессов ВНД, биохимические и биологические изменения в организме (прежде всего в ЦНС), а также существенную роль играют возраст, пол и конституциональные особенности. Этим факторам придается то или иное значение в различных теориях, объясняющих природу психотических расстройств, однако единой системы взглядов пока не существует.

Патогенез

Позиции исследователей патогенеза шизофрении и других расстройств этого круга менялись с течением времени – предлагались нейрофизиологические, эндокринные, иммунологические, инфекционные и другие теории патогенеза, ни одна из которых не получила безукоризненного подтверждения. Те или иные обнаруживаемые отклонения оказываются либо неспецифическими, либо, в лучшем случае, коррелируют только с отдельными синдромами или состояниями при этой болезни.

Однако соматическое содержание болезненных проявлений шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств вполне объясняется самой природой этих заболеваний. Сенестопатии, составляющие по сути основу псевдосоматической симптоматики, являются расстройством ощущения, то есть структурно и феноменологически близки к галлюцинациям общего чувства, свойственным шизофрении. Ипохондрические идеи, определяющие специфику поведения психотического пациента, являются либо бредовыми, либо сверхценными образованиями, без чего шизофрения также немыслима. Таким образом, «соматика» оказывается лишь предметом (содержанием) психотических расстройств.

Патогенез аффективных расстройств психотического круга представляется более понятным. Определенную роль играют нарушения синаптической передачи в системе нейронов гипоталамуса и других базальных отделов мозга, которые связаны с формированием таких особенностей психики, как бодрствование, скорость психических реакций, фон настроения и т. п. В центре внимания исследователей оказывались медиаторные системы дофамина, норадреналина, фенилэтиламина и серотонина, феномен нехватки нейромедиаторов в синаптических щелях, роль пре- и постсинаптических рецепторов, а также состояние активности других ферментов, в том числе моноаминоксидазы. Впрочем, и здесь данные исследований противоречивы.

Вместе с тем, несмотря на очевидные затруднения с определением действительных этиологических факторов и патогенеза аффективных расстройств психотического круга, вопрос возникновения псевдосоматической симптоматики на этом болезненном фоне представляется вполне разъясненным нейрофизиологическим анализом корково-подкорковых взаимодействий. Благодаря работам П.К. Анохина, включившего эмоции в понятие функциональной системы, соматические жалобы пациентов с аффективными расстройствами получили объективное физиологическое обоснование. «Эти жалобы, – писал П.К. Анохин, – есть по своей физиологической сути не что иное, как словесный отчет больного о его эмоциональном состоянии и его субъективное суждение о локализации исходного стимула для этого эмоционального состояния».

В свете общебиологической теории эмоций находят свое объяснение и чрезвычайное разнообразие висцеровегетативных расстройств, сопряженных с аффективными перегрузками, и их «переменный» характер. Функциональные системы складываются, по П.К. Анохину, из динамически мобилизуемых систем в масштабе целостного организма; даже анатомически отдаленные структуры и физиологические процессы могут вовлекаться в них в любой аранжировке в поисках запрограммированного результата. Возможность включения в функциональную систему drobных разделов цельных в анатомическом отношении систем обуславливает по существу неисчерпаемые модификации и поразительную пластичность клинической картины псевдосоматического страдания. Экстренная мобилизация структурных образований в условиях целостного организма обеспечивает моментальное построение любых drobных комбинаций «рабочих эффектов». Таким образом, психическое расстройство может обретать множество обликов, заставляя приписывать страдание то сердцу, то желудку, то спинному мозгу, то мочевому пузырю («соматические маски» депрессии).

Кроме того, существенным патогенетическим механизмом процесса «соматизации» депрессии являются феномены подавления «внешнего компонента» эмоций, что приводит к крушению динамического равновесия корково-подкорковых отношений и далее к дезинтеграции психического, вегетативного и соматического как целостной функциональной системы, что обеспечивает доминирование висцеровегетативных проявлений эмоционального стресса. Последние, будучи включенными в сложноорганизованные функциональные системы, способны воспроизводить аффективно заряженные следы любых «афферентных образов» всех перенесенных на протяжении жизни аномальных состояний с «чувством болезни». Иными словами, некогда пережитые и хранящиеся в долговременной памяти психофизиологические нарушения, зачастую значительно переформированные, способны при определенных условиях (аффективные перегрузки, астения и т. п.) воспроизводиться заново и при отсутствии соответствующей данной симптоматике органической почвы. Неизбежное включение в этот процесс кортикальных механизмов только усугубляет патологическую динамику, скрывая за ипохондрически фиксированной «соматической маской» действительное психическое заболевание.

Патоморфоз

С течением времени психотические расстройства претерпевают существенный патоморфоз. Несмотря на рост показателей заболеваемости расстройствами психотического уровня, практически исчезла, например, кататоническая шизофрения, однако значительно увеличилось число больных с неврозоподобными и особенно психопатоподобными формами вялотекущей шизофрении (шизотипические расстройства). Кроме того, уменьшается число острых дебютов заболеваний, растет число стертых форм. При этом в условиях массовой мистификации сознания («порча», «сглаз» и т. п.) меняется и содержание бреда, сверхценных идей, которые все чаще касаются соматического состояния больных. Все указанные обстоятельства только способствуют увеличению потока психотических больных к врачам общего профиля.

Клиническая картина

Клиническая картина психотических заболеваний с соматическим содержанием крайне разнообразна и полиморфна, вместе с тем психопатологические характеристики данных расстройств отвечают соответствующим критериям и инвариантны по каждой из психиатрических нозологий. В этой связи существенна не та содержательная форма, которая предъявляется пациентом врачу, но то структурное нарушение, которое характеризует соответствующую патологию психики.

Осевыми симптомами шизофрении (а также отчасти шизотипических и бредовых расстройств), которые наблюдаются в разной степени выраженности и в разных соотношениях, являются:

1) Эмоциональное снижение, которое проявляется нарастающей холодностью отношений, безразличием, утратой прежних интересов и увлечений. По сути происходит эмоциональное уплощение пациента, отмечается «эмоциональная тупость», неадекватность эмоциональных реакций, а иногда «эмоциональная амбивалентность».

2) Формальные нарушения мышления обнаруживаются не в содержании высказываний больного, а в самом мыслительном процессе, в характере логического строя мысли. Эти нарушения проявляются «сосказываниями» (нелогичный переход от одной мысли к другой, чего сам больной не замечает), «неологизмами» (придумывание новых вычурных слов), склонностью к резонерству, бесплодным рассуждениям, витиеватым выражениям и т. п. Наконец, сами больные могут жаловаться на неуправляемый поток мыслей, его внезапные перерывы, наличие нескольких одновременных потоков мыслей и т. п.

3) Абулия проявляется падением активности, бездеятельностью, пассивностью, потерей интереса ко всему. Больные забрасывают занятия и работу, запускают домашние дела, ни за что не могут приняться, никак не могут собраться что-либо сделать.

4) Аутизм характеризуется утратой контактов с окружающими, уходом во внутренний мир (переживания), отгороженностью, замкнутостью. Больные теряют связи с прежними приятелями и знакомыми, а новых не заводят.

В клинической картине депрессивного расстройства психотического уровня, которое характеризуется «классической триадой» (пониженным настроением, замедлением мыслительных процессов и двигательной заторможенностью), преобладают подавленность и тоска, чувство вины («моральные страдания», идеи самообвинения), разбитость, вегетативные и соматические жалобы. Интенсивность тоски может быть исключительной, тоска у этих пациентов несравнима с житейским горем, причем пики этого крайне тягостного состояния приходятся, как правило, на утренние часы.

Особого внимания заслуживает внешний вид больных: мимика и выражение глаз говорят о скорби и печали, при тяжелых тоскливых состояниях глаза становятся сухими, мигание редкое. Внутренняя треть века вместо дуги образует угловатую складку, брови сдвинуты, складки на лбу от постоянного сокращения мышц напоминают греческую букву омегу, губы сухие, плотно сжатые, углы рта опущены, отмечается сухость во рту. Больные сидят в сгорбленной позе, с опущенной головой, прижатыми к туловищу руками, сдвинутыми ногами.

Замедление мыслительных, ассоциативных процессов выражается в том, что больные отвечают на вопросы односложно, с большой задержкой, тихим голосом, жалуются на отсутствие мыслей или на одни и те же мысли о собственной никчемности, болезни (в случае «маскированной депрессии»), испытывают желание умереть, им трудно сконцентрироваться, внимание рассеянное, страдает память на текущие события. Любое интеллектуальное усилие дается с трудом, зачастую кажется невозможным, больные считают себя «идиотами» и «тупицами». В таком состоянии они не верят, что их жизнь и самочувствие могут улучшиться, и даже прошлый опыт (при цикличности течения депрессии) не может убедить их в благоприятном исходе. Прошлое, настоящее и будущее оценивается крайне негативно и пессимистично. Выраженность двигательной заторможенности может быть различной – от легких степеней до депрессивного ступора. Движения замедленны, позы однообразны, больные жалуются, что им трудно двигаться, трудно говорить.

Нарушения мышления у депрессивных больных могут выражаться в сверхценных и бредовых идеях, обусловленных депрессивным аффектом. Часто больные жалуются на полную утрату чувств, что они стали как «чурки» или «деревяшки». Могут наблюдаться эффекты дереализации (окружающий мир воспринимается не так, как раньше, он утратил свою яркость, жизненность, виден словно сквозь туман) и соматической деперсонализации (больные недостаточно четко воспринимают свое тело, чувство «утраты телесных границ»). У больных утрачивается ощущение голода и сытости, они не чувствуют жажды, не испытывают удовлетворения от опорожнения мочевого пузыря, не чувствуют, что спали ночью, хотя на самом деле спали. На фоне депрессии могут проявляться тревожные расстройства, сопровождающиеся крайним возбуждением и ажитацией.

Дифференциальная диагностика

При диагностике психотических расстройств чрезвычайно важным является подробный сбор анамнеза жизни и болезни пациента, а также внимательное отношение к характеру изложения им жалоб. Необходимо создать максимально доверительные отношения со стороны пациента, фиксируя при этом внимание на особенностях его поведения и реакций. При малейшем подозрении на психотическую природу расстройства необходимо целенаправленно исследовать

довать пациента на наличие осевых симптомов шизофрении и в особенности обратить внимание на нарушения в аффективной сфере.

Психотические расстройства с соматическим содержанием определяются следующим перечнем критериев:

I. Наличие психопатологических синдромов, описанных выше (или подозрение на наличие данных синдромов), признаки бредовых расстройств и галлюцинации.

Особое внимание следует уделить следующим признакам психотического заболевания: 1) отсутствие критики или формальная критика к своему состоянию (больные категорически настаивают на собственных интерпретациях своего состояния, не поддаются рациональному убеждению, в том числе подтвержденному данными инструментального исследования); 2) чувство собственной измененности («я стал другим», «я не такой, как прежде», «все ощущается иначе» и т. п.); 3) социальное снижение (больные изменяют свой жизненный стереотип, сужают круг общения, у них пропадают прежние интересы, зачастую поведение больных приводит их к снижению социального статуса).

II. Необычность, вычурность, причудливость жалоб.

Необычность, вычурность и причудливость жалоб могут наблюдаться и у пациента с истерическими чертами характера. В случае психотического расстройства эти жалобы отличаются не «художественностью», а прежде всего нелепостью, странностью, замысловатостью.

III. Несоответствие клинической картины болезни критериям определенного соматического заболевания.

IV. Наличие характерной для психических расстройств периодичности болезненных состояний.

Периодичность особенно характерна для депрессивных расстройств эндогенного уровня, здесь в первую очередь важна суточная периодичность (пациентам, как правило, необычайно тяжело в утренние часы, они более или менее «отходят» только к часу дня). Чаше встречается весенне-осенняя сезонность, хотя некоторые фазы могут и затягиваться. Для наиболее точного установления сезонной периодичности следует анализировать динамику состояния за 5–7 лет.

V. Неэффективность непсихотропной терапии и эффективность психотропной.

1.1.3. Психические расстройства как реакция на соматическое заболевание (нозогении)

Определения и классификация

1. Невротические реакции на соматическое заболевание – кратковременные (длящиеся не более месяца) психические расстройства, не достигающие степени очерченного клинического синдрома и характеризующиеся тревожными переживаниями, беспокойством, внутренним напряжением, фиксацией на своем самочувствии, раздражительностью, приступами

отчаяния, гиперактивностью или отгороженностью, сниженным настроением, возможно апатией или безразличием, а также вегетативными реакциями.

Данная нозогения может кодироваться как «острая реакция на стресс» [F43.0], поскольку больной переживает угрозу своей безопасности, впрочем, для постановки данного диагноза необходимы следующие признаки: острое начало (в течение нескольких минут, например после сообщения диагноза), смешанная или меняющаяся картина невротической реакции, состояние оглушенности, отчетливые признаки депрессии или тревоги, которые, необходимо отметить, не преобладают длительно и исчезают к третьему дню. Кроме того, может быть поставлен диагноз «расстройство адаптации, кратковременная депрессивная реакция» [F43.20] (при наличии относительно мягкого депрессивного расстройства, длящегося не более месяца). При невозможности поставить иной диагноз используется рубрика – «невротическое расстройство, неуточненное» [F48.9].

2. Невротическое состояние, возникшее как реакция пациента на соматическое заболевание. Отличие невротического состояния от невротической реакции состоит в его длительности (более 6 месяцев) и формировании клинически очерченных синдромов невротического уровня.

2.1. Тревножно-фобический синдром обусловлен сочетанием психотравмирующего и патохарактерологического факторов.

2.2. Депрессивный синдром обусловлен сочетанием психотравмирующего, соматогенного (астенический синдром) и патохарактерологического факторов.

2.3. Ипохондрический синдром включает в свою структуру как элементы тревожно-фобического, так и депрессивного синдромов, однако на первый план выходят собственно ипохондрические переживания.

Данная нозогения может кодироваться как «расстройство адаптации» [F43.2], если отмечается состояние субъективного дистресса и эмоционального расстройства, препятствующее социальному функционированию и продуктивности, возникающее в период адаптации к значительному изменению жизни пациента (наличие или возможность серьезной физической болезни). При постановке данного диагноза длительность расстройства (сниженное настроение, тревога, беспокойство, чувство неспособности справиться с ситуацией, планировать, некоторое снижение активности в ежедневных делах) не должна превышать 6 месяцев. В случае, если выявляется клиника того или иного невротического синдрома или если длительность невротического расстройства превышает 6 месяцев, должен быть выставлен соответствующий диагноз.

3. Патохарактерологическое развитие личности по ипохондрическому типу представляет собой глубокую перестройку личностных структур, преимущественно в аспекте социально-психологических отношений и в мотивационной сфере вследствие стойкой и выраженной сверхценной идеи ипохондрического содержания.

Данное расстройство рассматривается как «приобретенная психопатия», когда по прекращении действия психогенной реакции формируется комплекс доминирующих, отрицательно окрашенных представлений, заостряющих психопатологические черты личности, закрепляющихся и стабилизирующихся вокруг сверхценной идеи ипохондрического содержания. Кодировать данное расстройство можно в рубрике «другие хронические изменения личности» [F62.8] – если имеются длительные и выраженные личностные изменения восприятия и оценки окружения и самого себя, а также отношения к ним, приводящие к дезадаптивному поведению, которое отсутствовало до патогенного переживания и не является следствием другого психического расстройства. Кроме того, могут быть установлены уже упомянутые диагнозы «ипохондрического расстройства» [F45.2] или «другого расстройства зрелой личности поведения у взрослых» [F68] при соответствии клинической картины расстройства, описанным выше признакам.

4. Ятрогения – форма нозогении, где ведущими психотравмирующими факторами, вызвавшими психические нарушения, являются неадекватные высказывания и поведенческие реакции врача.¹⁸

Ятрогения может протекать в форме невротических реакций тревожного и депрессивного характера с ипохондрическими чертами, а также служить пусковым фактором в формировании соматического содержания психотических расстройств. В связи с этим установление диагноза может ограничиваться указанием соответствующих диагностических рубрик.

Общие замечания

В целом нозогении мало отличаются от других психогений, спровоцированных не болезненным состоянием (или установленным диагнозом соматического страдания), а другими психотравмирующими факторами. Однако есть и существенные отличия: во-первых, у пациента с нозогенией имеется действительная угроза его здоровью и жизни (пусть в ряде случаев и преувеличенная); во-вторых, болезнь зачастую изменяет социально-психологический статус человека, что само по себе является серьезным дистрессом; наконец, в-третьих, существенное влияние на течение нозогении оказывает как само болезненное состояние (подчас изматывающее, приводящее к астенизации и энергетическому снижению), так и его последствия (нарушение привычного ритма жизни, труда, отдыха, сна и бодрствования). С другой стороны, развитие нозогении, как правило, не обходится без манифестации или заострения психопатологических черт характера пациента.

Этиология и патогенез

Структура нозогений детерминирована психологическими, социальными, конституциональными (характерологический склад) и биологическими (объективные параметры соматического заболевания) факторами.

Указанные факторы могут быть сведены к следующим: 1) характер диагноза (опасность для жизни, хроническое течение с неблагоприятным прогнозом); 2) острота и темп развития заболевания (в том числе порядок поступления соответствующей информации больному); 3) представление больного об этом заболевании (включая возможность пациента влиять на проявления болезни («контролируемость симптомов»), ограничения, налагаемые соматическим страданием на бытовую и профессиональную деятельность индивида); 4) характер течения заболевания (особенно наличие стойкого болевого синдрома и острых нарушений жизненно важных функций, которые сопровождаются витальным страхом и паническими атаками); 5) изменение физической полноценности и/или внешности индивида; 6) личностная структура больного (наличие тревожных, астенических, истерических, параноидных черт, эмоциональной неустойчивости и т. п.); 7) характер лечения и психотерапевтической обстановки (включая эффективность лечебных процедур, возникающие осложнения, побочные эффекты, внимание со стороны врача и т. п.); 8) жизненные ограничения и лишения, связанные с болезнью (прежде всего объективного характера); 9) изменение положения в семье и обществе (включая отношения к болезни родственников и сослуживцев по работе («общественный резонанс»)); 10) необходимость дальнейшего лечения (амбулаторного, стационарного), операции и т. п.

У человека, страдающего соматическим заболеванием, наряду с изменениями функционирования внутренних органов и самочувствия качественно меняется и психическое состо-

¹⁸ Например, сделанный врачом акцент на возможных осложнениях соматического заболевания, приводящих к инвалидности или летальному исходу, или же отсутствие необходимых разъяснений по поводу поставленного больному диагноза, а также характера и целей проводимой терапии.

яние. Болезнь меняет восприятие и отношение человека к окружающим событиям, к самому себе, создает особое положение среди близких людей и в обществе. Наблюдается перестройка интересов от внимания к внешнему миру, к собственным ощущениям, функциям тела. На внутренний мир обрушивается обилие интерцептивных сигналов, которые заполняют все интересы больного и приобретают небывалую значимость. Все эти факторы приводят к утяжелению субъективного состояния больного, что негативно сказывается и на объективном статусе, и на психической адаптации пациента. В конечном итоге круг интересов больного значительно сужается, что способствует закреплению как тревожной, так и депрессивной симптоматики ипохондрического содержания.

Указанная невротическая симптоматика в целом развивается по традиционному сценарию, однако при нозогениях значительное влияние приобретают, с одной стороны, объективные факторы (то есть собственно соматическое страдание и его социально-психологические последствия), а с другой – личностные особенности индивида, то есть патохарактерологические черты, что в результате может вылиться в психопатизацию. При совокупном воздействии ряда неблагоприятных факторов реакция на болезнь может приобретать столь выраженный характер, что ее купирование на первых этапах терапии оказывается не менее важной задачей, чем непосредственное лечение соматического страдания.

Патохарактерологические особенности личности больного (шизоидные и параноидные, истероидные и аффективные, гиперстеничные и астеничные) имеют существенное значение при развитии нозогении как в рамках невротической реакции, так и при невротическом состоянии. Однако максимально выраженными они оказываются в случае патохарактерологического развития личности, продиктованного фактом соматического заболевания, и/или установления соответствующего диагноза.

Клиническая картина

Клиническая картина нозогении описывается с помощью динамического критерия (реакция, состояние, развитие) и определяется преобладанием гипер– или гипонозогнозии (см. таблицу № 4 (с. 74)).

Гипернозогностический вариант невротической реакции при нозогении, как правило, проявляется переживаниями страха, тревожными опасениями, связанными с телесным недугом, гипертрофированной оценкой его последствий, угрожающих здоровью, невозможностью полноценной социальной реабилитации. Могут доминировать и депрессивные черты: сниженное настроение, чувство безнадежности, сочетающееся с астенией, снижением физической активности, нарушениями сна, резким снижением аппетита и т. п. Длительность невротической реакции не превышает одного месяца.

Таблица № 4

Двухмерная модель типологии нозогений

Динамический критерий	Гипернозогностический вариант	Гипонозогностический вариант
Невротическая реакция	Тревожно-фобическая реакция Депрессивная реакция	Эйфорическая реакция
Невротическое состояние	Тревожно-фобический синдром Астено-депрессивный синдром Ипохондрический синдром	Синдром «прекрасного равнодушия» Синдром «эйфорической псевдодеменции» (реактивная гипомания)
Патохарактерологическое развитие	Синдром «ригидной ипохондрии»	Синдром «ипохондрии здоровья», «патологического отрицания болезни»

Гипернозогностический вариант невротического состояния при нозогении характеризуется формированием очерченных психопатологических синдромов: тревожно-фобического (наличие фобий, определяющих поведение больного, чувство «беспричинной тревоги», беспокойства, наличествуют проявления вегетативной дисфункции, нарушения сна и т. п.), астено-депрессивного (сниженное настроение, чувство подавленности и безнадежности, утрата жизненных интересов, быстрая утомляемость, нарушения сна, снижение аппетита и т. п.), ипохондрического (пессимистическое восприятие болезни, сочетающееся с тревожными опасениями и страхами, тесно связанными с актуальным соматическим состоянием, формируются преувеличенные представления об опасности наличествующей болезни, ее неизлечимости, о неблагоприятных социальных последствиях и ее исходе). Указанные синдромы зачастую сочетаются и перекрещиваются, к ним могут присоединяться психогенные алгии и разнообразные «телесные сенсации»; длительность состояния составляет более 1–6 месяцев.

Гипернозогностический вариант патохарактерологического развития личности при нозогении представляет собой формирование сверхценной идеи ипохондрического содержания, которая способствует развитию и закреплению психопатологических черт личности, конституирует вокруг себя всю жизнь больного. Причем симптоматика с течением времени может значительно видоизменяться, однако само болезненное состояние не имеет тенденции к редукции. Пациент, как правило, не только сам абсолютно уверен в наличии у него тяжелого неизлечимого заболевания, но и настоятельно пытается убедить в этом родственников и врачей. Он требует, зачастую весьма агрессивно, признания за ним «права на болезнь», которой, впрочем, он сам весьма тяготится. Тревожно-депрессивные и депрессивные проявления становятся выхолащенными, «неаффективными», а в большей мере идеаторными, воспроизводятся как бы насильственно, но и в то же время автоматически (неосознанно). В целом поведение больного существенно отличается от прежнего, доболезненного, но не только по содержанию, а именно качественно.

Гипонозогностический вариант невротической реакции при нозогении характеризуется парадоксальной реакцией: пациент не только не расстраивается по поводу диагностированного у него соматического заболевания, но, напротив, подчеркнуто весел, не признает ни тяжести, ни серьезности своего соматического состояния. Такие больные игнорируют назначения и предписания врача, никоим образом не изменяют привычный жизненный стереотип, разве что в сторону интенсификации жизненных процессов. Как правило, подобная реакция

не бывает длительной и обусловлена в первую очередь вытеснением пугающих фактов реальности.

Гипонозогностический вариант невротического состояния при нозогении протекает, как правило, в форме «невротического отрицания». В клинической картине на первый план выходит синдром «прекрасного равнодушия» с диссоциацией между проявлениями соматизированной тревоги (тахикардия, дрожь, потливость и т. п.) и демонстративно-пренебрежительным отношением к болезни. Однако за фасадом наигранного оптимизма, как правило, обнаруживаются страх нарушения жизненно важных функций, вытесняемые мысли больного о неблагоприятном прогнозе его заболевания, а также, в ряде случаев, нарастающая депрессия.

Гипонозогностический вариант патохарактерологического развития личности при нозогении, протекающий по типу «ипохондрии здоровья», характеризуется, с одной стороны, осознанием связанных с соматической болезнью патологических изменений и, с другой, – стремлением к преодолению недуга. Доминируют идеи «полного восстановления любой ценой». Больные ощущают в себе потенциальные возможности усилием воли «переломить» ход событий, положительно повлиять на течение и исход соматического страдания, пренебрегают медицинскими рекомендациями, «модернизируют» лечебный процесс нарастающими нагрузками или физическими упражнениями. В других случаях пациенты просто отрицают тяжести заболевания, убеждены, что каким-то чудом, благодаря воздействию какого-то ранее неизвестного средства они непременно излечатся. Будучи прикованными к постели, пациенты могут заявлять, что готовы заняться спортом, начать «новую жизнь» и т. п.

Дифференциальная диагностика

При дифференциальной диагностике нозогений необходимо, с одной стороны, отличать нозогении от адекватной реакции на данное психотравмирующее событие (факт болезни, установленный диагноз соматического страдания), а с другой – исключить (или выделить) психическое расстройство любого уровня, не связанное причинно с указанной психотравмой.

Глава 1.2

Соматические заболевания с психической обусловленностью и клиникой

1.2.1. Психосоматические заболевания

Определение и систематика

Соматическое заболевание, одним из этиологических факторов которого является психическое расстройство (наличие психологических или поведенческих факторов, которые, как предполагается, сыграли важную роль в этиологии физических расстройств, классифицируемых в других главах МКБ-10), носит название психосоматического заболевания. При диагностике психосоматического заболевания, кроме регистрации самого соматического заболевания,¹⁹ должна быть использована следующая рубрика МКБ-10: «психологические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами или заболеваниями, классифицированными в других разделах» [F54].

¹⁹ Например, астмы [J45.-], язвы желудка [K25.-], дерматит и экзема [L23-L25] и др.

Согласно современным представлениям, к числу психосоматических заболеваний относят:

1. Психосоматические заболевания сердечно-сосудистой системы – прежде всего гипертоническая болезнь и артериальная гипотензия, хотя ряд исследователей указывают также ИБС, инфаркт миокарда и др.

2. Психосоматические заболевания желудочно-кишечного тракта – прежде всего язвенная болезнь желудка и неспецифический язвенный колит, однако, кроме прочего, в эту группу входят дискинезии желчевыводящих путей, гастриты, функциональные расстройства ЖКТ и др.

3. Психосоматические заболевания органов дыхания – прежде всего бронхиальная астма, хотя в этой группе называются также вазомоторный ринит и др.

4. Психосоматические заболевания кожи – прежде всего нейродермит, экзема, псориаз и др.

5. Психосоматические заболевания эндокринной системы – прежде всего тиреотоксикоз, а также диабет и др.

6. Другие психосоматические заболевания – некоторые формы ревматоидного артрита, ряд урогенитальных заболеваний, мигрень и др.

Общие замечания

Социально-психологические факторы, несомненно, играют существенную роль в возникновении и течении многих соматических заболеваний. Однако до сих пор нерешенными остаются два существенных вопроса: во-первых, в каких случаях социально-психологические факторы оказываются этиологическими в развитии того или иного соматического заболевания, а в каких случаях они являются лишь предрасполагающими; во-вторых, не достигнуто единства взглядов по вопросу о том, в каких случаях следует рассматривать обнаруживаемые психические нарушения как причину (одну из), а в каких случаях – как следствие тех или иных соматических заболеваний. Эти сохраняющиеся неясности позволяют многим исследователям существенно расширять круг психосоматических заболеваний, что нельзя считать правомерным. Психосоматические заболевания следует отличать не только от собственно соматических заболеваний, но и от иных психических расстройств, рассматриваемых в настоящих методических рекомендациях.

Так или иначе, но пациент с психосоматическим заболеванием, как правило, обращается за помощью к врачу уже после формирования собственно соматической патологии, то есть при наличии органического поражения органов и систем организма. Разумеется, на этом этапе диагностики и лечения роль врача общей практики является первостепенной. Однако психосоматические заболевания в любом случае нуждаются в комплексном лечении с участием психиатра, психотерапевта, медицинского психолога, что позволяет не только добиться стойкого терапевтического эффекта в кратчайшие сроки, но и реабилитировать больного, а также обеспечить профилактику рецидивов психосоматического заболевания, которое в отсутствие такого комплексного подхода, как правило, приобретает затяжные, резистентные к терапии хронические формы.

Психическая составляющая патогенеза психосоматических заболеваний

Психогенный характер соматического заболевания предполагает наличие длительно существующего хронического стресса в жизни данного конкретного больного. Однако психо-

травмирующий фактор (стрессор), оказывающийся пусковым звеном в развитии соматической патологии, далеко не всегда очевиден. Впрочем, именно эта его особенность и ведет к соматическому заболеванию, поскольку отсутствие непосредственной, очевидной угрозы, каковым должен являться стрессор, нарушает реализацию предусмотренных биологических программ реакции на стрессор, что в конечном итоге обеспечивает рассогласование психических и соматических взаимодействий, обуславливающих психосоматическую патологию.

Сущность реакции на стрессор заключается в активации всех систем организма, необходимых для преодоления «препятствия» и возвращения организма к нормальным условиям существования. Если стрессовая реакция выполняет эту функцию, ее адаптивная ценность становится очевидной. Однако стрессовую реакцию, возникающую у современного человека при психоэмоциональном стрессе, нередко можно квалифицировать как неадекватное возбуждение примитивных защитных механизмов. Организм активизируется для борьбы или бегства, что, как правило, невозможно в условиях социальной регламентации поведения. Многократно возникающая и не получающая разрядки стрессовая реакция нередко приводит к дисфункциональным и патологическим нарушениям, характеризующимся структурными изменениями в ткани и функциональной системе органа-мишени (например, изъязвлению слизистой ЖКТ).

Эмоциональные состояния, которым нередко приписывают хаотичность и дисгармонию, в действительности подчиняются жестким причинно-следственным связям и протекают в рамках строгих нейродинамических отношений. В этой связи подавление «внешнего компонента» эмоций (что указывалось выше), детерминированное установившимися в процессе воспитания стереотипами поведения, оказывается существенной проблемой поддержания соматического благополучия, поскольку в конечном счете происходит своеобразный «перевод» выражения эмоции с одних эффекторных аппаратов (обеспечивающих борьбу или бегство) на другие, в результате явно начинают доминировать вегетативные и соматические компоненты эмоции над собственно психическими ее проявлениями.

Разъясняя существенное разнообразие психосоматических страданий, П.К. Анохин указывал, что длительное вмешательство в целостный эмоциональный комплекс и переадресовка всей силы эмоционального выражения на внутренние, внешне не констатируемые процессы, создает стойкое патологическое повышение тонуса ряда внутренних органов (прежде всего сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта и др.). Физиологически закономерным результатом последовательного культивирования так называемых задержанных эмоций (подавления или вытеснения одних компонентов эмоций и чрезмерной активации других) становится при известных условиях различная висцеральная патология.

Не случайно среди лиц, страдающих психосоматическими заболеваниями, выявляются такие личностные черты, которые обеспечивают как генерализацию отрицательных эмоциональных реакций, так и «успешное» их подавление. Зачастую такие пациенты выглядят собранными, сдержанными, целеустремленными, напоминают гармоничных личностей, однако у них выявляются склонности к чрезмерной категоричности суждений, прямолинейности в оценке поступков окружающих, исключительная ответственность и педантичность. Для одних характерны бурные эмоциональные реакции, для других – повышенная тревожность, мнительность и сензитивность, третьи угрюмы, ригидны, упрямы, недовольны и подозрительны. Подобные типы эмоционального реагирования способствуют возникновению психологических конфликтов, которые могут быть внешне незаметными и не осознаваться самим пациентом. Указанные личностные качества, существовавшие еще до возникновения психосоматического заболевания, как правило, значительно усиливаются после установки диагноза, что сопровождается увеличением числа конфликтных ситуаций, что еще в большей степени усиливает дезадаптацию пациента с вытекающими отсюда последствиями.

Как уже указывалось, психические расстройства опосредованно влияют на характер афферентного синтеза, в системах регуляции соматических функций начинаются сбои, кото-

рые ведут к повышению возбудимости центральных структур условных рефлексов, обуславливающих хроническую ирритацию органа (развитие, например, синдрома раздраженной толстой кишки или мочевого пузыря) либо его функциональное перенапряжение (возникновение стойкой синусовой тахикардии, гипервентиляции и т. п.). Перестройка интерорецептивной сигнализации и формирующаяся при этом патологическая обратная связь способствуют в итоге дальнейшему нарастанию психосоматической дезинтеграции – не только углублению функциональных расстройств того или иного органа либо физиологической системы, но и рассогласованию их с другими висцеровегетативными процессами. Восходящее влияние гипоталамических структур и ретикулярной формации мозга обеспечивает беспрепятственную передачу необычных комплексов возбуждений от внутренних органов в высшие интегративные центры, а в сочетании с комплексом негативных эмоций эти процессы обеспечивают себе надежную фиксацию в матрицах долгосрочной памяти.

Психические расстройства

При рассмотрении вопроса психических расстройств в рамках психосоматических заболеваний следует выделять те психические расстройства, которые послужили пусковым звеном в развитии соответствующей соматической болезни, а также те психические расстройства, которые являются следствием данных заболеваний. Таким образом, в конечном итоге психические расстройства при психосоматических заболеваниях имеют смешанную психогенную и соматогенную природу.

Прежде всего необходимо выделить основную характерологическую особенность лиц, страдающих психосоматическими заболеваниями, – это способность сдерживать «внешние проявления» эмоций. Именно эта особенность и приводит к тому, что пациенты с психосоматическими заболеваниями реже других обращаются за помощью к психотерапевту или направляются к нему. Однако эта черта обманчива, поскольку не проявлять эмоции – не значит их не испытывать. Большую часть пациентов с психосоматическими заболеваниями составляют астеники и гиперстеники, а также женщины с истероидными чертами.

Собственно психические расстройства при психосоматических заболеваниях мало чем отличаются от типичной невротической симптоматики при нозогениях, однако, поскольку данные заболевания чаще других сопровождаются нарушениями сна (например, при язвенной болезни), отличаются ухудшением общего состояния (как при гипертонической болезни), а также характеризуются субъективно тягостными симптомами (как, например, кожный зуд при нейродермите), на первый план выступает тревожно-депрессивный и астенический синдромы.

1.2.2. Соматогенные психические расстройства

Определения и систематика

I. Церебросоматические заболевания, проявляющиеся, кроме прочего, психическими расстройствами.

1. Психические расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга.

1.1. Непсихотические расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга – астеническая и неврозоподобная симптоматика, а также личностные изменения.

1.2. Сосудистые психозы, протекающие по типу помрачения сознания, галлюцинаторных, галлюцинаторно-параноидных, параноидных, аффективных и смешанных расстройств.

1.3. Сосудистая деменция.

2. Психические расстройства при черепно-мозговых травмах.

2.1. Психические расстройства в начальном (острейшем) периоде ЧМТ: кома, сопор, оглушение.

2.2. Психические расстройства в остром периоде ЧМТ: преимущественно острые психозы с состояниями помрачения сознания: делириозные, эпилептиформные, сумеречные.

2.3. Психические расстройства в периоде реконвалесценции (поздней): подострые и затяжные травматические психозы, которые могут иметь тенденцию к повторным приступам и принимать периодическое течение.

2.4. Психические расстройства отдаленного периода: различные варианты психоорганического синдрома в рамках травматической энцефалопатии.

3. Психические расстройства при опухолях мозга не являются специфическими, большинство явлений относится к общемозговым реакциям на патологический процесс, а частные особенности психических изменений коррелируют с локализацией, гистологической природой, особенностями роста опухолей и зависят от обусловленных этими особенностями общих реакций мозговой ткани.

4. Психические расстройства при инфекционно-органических заболеваниях мозга.

4.1. Психические расстройства при энцефалитах и менингитах.

4.2. Психические расстройства при сифилитическом поражении головного мозга.

4.3. Психические расстройства при ВИЧ.

5. Психические расстройства при эпилепсии – кроме припадков и их психических эквивалентов (в виде расстройств настроения и сознания) пароксизмального характера, отмечаются существенные (длительные, стойкие, прогрессирующие) личностные изменения вплоть до специфического эпилептического слабоумия.

6. Психические расстройства при атрофических процессах головного мозга.

6.1. Сенильная деменция – органическое заболевание головного мозга, развивающееся преимущественно в старческом возрасте и характеризующееся распадом психической деятельности с развитием тотальной деменции.

6.2. Болезнь Альцгеймера – атрофическое заболевание головного мозга, манифестирующее преимущественно в предстарческом возрасте, которое сопровождается нарушением высших корковых функций и приводит к тотальному слабоумию.

6.3. Системные атрофические процессы позднего возраста.

6.3.1. Болезнь Пика – относительно раннее атрофическое заболевание головного мозга, характеризующееся постепенным развитием тотального слабоумия, характерным нарушением высших корковых функций и неврологическими расстройствами.

6.3.2. Болезнь Паркинсона – дегенеративно-атрофическое заболевание экстрапиримидной системы головного мозга.

6.3.3. Болезнь Крейцфельда-Якоба – наследственное заболевание, характеризующееся прогрессирующей деменцией и обширной неврологической симптоматикой.

6.3.4. Хорея Гентингтона – наследственная форма дегенеративно-атрофического заболевания головного мозга, проявляющегося генерализованными хореатическими гиперкинезами, другими неврологическими расстройствами и сопровождающего психопатоподобными и психотическими расстройствами, деменцией.

7. Психические расстройства при органических заболеваниях с наследственным предрасположением (гепатолентикулярная дегенерация, двойной атетоз, миотоническая дистрофия, наследственная лейкодистрофия и др.).

II. Общесоматические заболевания, проявляющиеся, кроме прочего, психическими расстройствами.

1. Психические расстройства при инфекционных заболеваниях.

1.1. Острые и затяжные симптоматические психозы при инфекционных заболеваниях.

1.2. Психические нарушения при инфекционных заболеваниях (гриппе, вирусных пневмониях, туберкулезе, бруцеллезе, малярии, инфекционном гепатите и др.).

2. Психические расстройства отмечаются при неинфекционных соматических заболеваниях (сердечной недостаточности, ревматизме, злокачественных новообразованиях, системной красной волчанке, почечной недостаточности и др.).

3. Психические расстройства при эндокринных заболеваниях приобретают форму психопатоподобного синдрома (эндокринный психосиндром), амнестическо-органического синдрома, а также острого психоза.

Специфические психические расстройства наблюдаются при акромегалии, гигантизме, карликовости, синдроме гипопитуитарной недостаточности, болезни Иценко-Кушинга, адипозогенитальной дистрофии, диффузном токсическом зобе, гипотиреозе, микседеме, кретинизме, гипопаратиреозе, гиперпаратиреозе, болезни Аддисона, адреногенитальном синдроме, гипогонадизме, евнухоидизме, гермафродитизме, климактерическом синдроме, предменструальном синдроме, сахарном диабете, гипогликемическом синдроме, а также при лечении гормональными препаратами.

4. Психические расстройства при ожоговой болезни (от ожогового шока до ожоговой энцефалопатии).

5. Психические расстройства послеродового периода.

III. Психические расстройства, вызванные острой и/или хронической интоксикацией.

1. Психические расстройства при алкоголизме.

2. Психические расстройства при наркомании.

3. Психические расстройства при токсикомании.

4. Психические расстройства при отравлении лекарственными веществами.

5. Психические расстройства при отравлении промышленными и бытовыми химическими веществами.

Общие замечания

Психическая деятельность должна рассматриваться как функция головного мозга, в этой связи всякое нарушение структуры последнего (то ли непосредственное, то ли опосредованное другими патологическими процессами в организме) ведет к психическим расстройствам, которые получили название соматогенных. В целом эти расстройства неспецифичны и отличаются от других психических расстройств отсутствием «строгой» картины болезни: психическая патология в этом случае, как правило, мозаична, не имеет четкой структуры и крайне вариабельна. Если при собственно психических заболеваниях течение патологического процесса обусловлено характером организации психической деятельности, то при соматогенных психических расстройствах характер поражения детерминирован органическим поражением структур и тканей головного мозга. Соматогенные психические расстройства не являются «реакцией на болезнь», но проявлением болезни. Те или иные психические расстройства встречаются при всех соматических заболеваниях, однако далеко не все соматические заболевания прояв-

ляются психическими расстройствами – а только те, которые так или иначе затрагивают материальный субстрат психических процессов.

Психические расстройства

Соматогенные психические расстройства не могут рассматриваться в качестве собственно психических расстройств того или иного круга, однако они проявляются невротоподобными, психопатоподобными, аффективными, психотическими и необратимыми расстройствами, то есть расстройствами, «схожими» с той или иной психопатологической симптоматикой.

К невротоподобным расстройствам при соматогениях относятся в первую очередь тревожно-фобические расстройства, как правило обсессивного характера, астено-депрессивный синдром, нарушения сна и проч.

Психопатоподобные расстройства при соматогениях характеризуются заострением личностных черт, эксплозивностью, раздражительностью, обидчивостью, дисфоричностью больных, вязкостью, навязчивостями, категоричностью суждений, эмоциональным уплощением, эгоистичностью, преувеличенным выражением эмоций, игнорированием социальных норм и др.

Аффективные расстройства при соматогениях проявляются эмоциональной лабильностью, склонностью к депрессивным или, напротив, эйфоричным, гипоманиакальным реакциям, плаксивостью, разнообразными страхами, беспокойством, суетливостью и т. п.

Психотические расстройства при соматогениях проявляются галлюцинаторно-бредовыми синдромами, а также нарушениями сознания (оглушение, делирий, онейроид, амения и др.).

Необратимые психические расстройства при соматогениях проявляются в виде различных вариантов психоорганического синдрома, характеризующегося триадой признаков: ослаблением памяти, снижением интеллекта, недержанием аффекта, а также все возрастающими астеническими явлениями.

1.2.3. Психические расстройства как предрасполагающий фактор соматических заболеваний

Общие замечания

Систематика психических расстройств, встречающихся в практике врача общего профиля, требует учета не только тех психических расстройств, которые являются непосредственным этиологическим фактором в развитии того или иного соматического (психосоматического) заболевания, но и тех, которые могут рассматриваться как предрасполагающие факторы возникновения соматической патологии. Разница между собственно психосоматическими заболеваниями и соматическими заболеваниями, где психическое расстройство послужило лишь предрасполагающим фактором, весьма существенна. Если в первом случае соматические заболевания возникают как следствие психических расстройств, то есть развиваются (по крайней мере, в начальных стадиях) по механизмам, обусловленным психической дисфункцией, то во втором случае соматические заболевания развиваются по своим собственным законам, а психические расстройства лишь облегчают этот процесс.

Психические расстройства неизбежно приводят к изменению реактивности организма, снижению его резистентности в отношении многих патогенных воздействий. Таким образом, психические расстройства оказывают влияние на уровень соматической заболеваемости, а

также на течение и исход болезни. Иными словами, психическое расстройство (особенно связанное со стрессом, нарушением адаптации) снижает защитные функции организма, приводит к истощению его резервных возможностей. Оказывая влияние на иммунную и эндокринные системы организма, являясь важным «игроком» на поле гуморальной регуляции, психические расстройства создают тот неблагоприятный фон, который позволяет инфекции, онкологическим и многим другим заболеваниям относительно беспрепятственно поражать организм. Разумеется, подобный неблагоприятный соматический фон, обусловленный психическими расстройствами (связанными с ними нарушениями функций организма), способствует и тяжести течения того или иного заболевания, и низкой эффективности этиотропной терапии.

При этом необходимо учитывать, что в современных социально-экономических условиях, а также в связи с изменением культуральных стереотипов в России психическими расстройствами пограничного уровня страдает большая часть граждан РФ. Для обозначения данной группы психических расстройств используется термин «социально-стрессовое расстройство» (ССР), которое по сути является посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР), отличаясь от последнего только тем, что стрессовый фактор при ССР не столь очевиден, как при ПТСР, но действует перманентно, приводя к хроническому пролонгированному стрессу. Данное обстоятельство сказывается как на патоморфозе невротических расстройств, где в последнее время преобладают явления соматизации и ипохондризации, так и на росте общей заболеваемости, поскольку хронический стресс оказывает крайне неблагоприятное влияние на функции и системы организма.

Психические расстройства, являющиеся predisposing фактором к развитию соматических заболеваний, необходимо отличать и от соматогенных психических расстройств, которые (что следует из самого названия этой категории заболеваний) появляются в качестве прямой и опосредованной реакции на соматическое страдание, однако, возникнув, они в свою очередь утяжеляют течение вызвавшего их соматического заболевания. Психическое расстройство в этом случае оказывается predisposing фактором не к самому соматическому заболеванию, а к его прогрессированию или хронизации.

Все эти моменты должны, безусловно, учитываться врачом, занимающимся лечением соматической патологии. Тактика лечения должна в этих случаях касаться не только самого соматического страдания, которое, конечно, занимает ведущие позиции и нуждается в принятии соответствующих мер, но и в коррекции тех психических расстройств, которые обусловили снижение резистентности организма и утяжеляют патологический процесс. Таким образом, комплексная терапия соматических заболеваний, включающая в себя лечение психических расстройств, является не излишеством, а необходимостью. Недооценивать значимость психических расстройств в развитии соматической патологии – значит проявлять близорукость, за которую впоследствии приходится расплачиваться длительностью и зачастую безрезультатностью всех принимаемых мер.

Часть вторая

Терапия психических расстройств в общесоматических ЛПУ

Лица с психическими расстройствами по определению должны получать помощь у врачей-психиатров и врачей-психотерапевтов,²⁰ однако необходимо учитывать следующие объективные и субъективные факторы:

1) психические расстройства могут проявляться и маскироваться соматическим недомоганием (например, панические атаки с вегетативными кризами, соматоформные расстройства, маскированные депрессии и др. психические расстройства с соматическими проявлениями), что заставляет больных обращаться за помощью не к психиатрам-психотерапевтам, а к врачам общего профиля;

2) у пациентов с соматическими заболеваниями могут формироваться нозогении, что естественным образом заставляет этих лиц искать помощи у врачей общей практики, а не у специалистов психиатрической и психотерапевтической специальности;

3) психические расстройства могут существовать латентно, приводя в конечном итоге к развитию психосоматических заболеваний, с которыми пациенты и обращаются к врачам общей практики, но лечение этих заболеваний должно быть комплексным, то есть с коррекцией психических расстройств, являющихся этиологическим фактором данной группы заболеваний;

4) психические расстройства могут быть следствием соматической патологии (соматогенные психические расстройства), в этих случаях ведущим заболеванием является соматическое, однако возникшие таким образом психические расстройства также нуждаются в лечении;

5) чрезвычайная распространенность психических расстройств пограничного уровня способствует росту заболеваемости соматическими заболеваниями, тяжести течения этих заболеваний, видоизменению их клиники, малой эффективности этиотропной терапии;

6) большая часть психических расстройств, встречающихся в практике врача общего профиля, – это психические расстройства пограничного уровня, диагностика которых, как правило, затруднена, а «тяжесть» данных состояний недооценивается;

7) в обществе до сих пор существует страх перед «репрессивной психиатрией», что препятствует обращению пациентов с психическими расстройствами к соответствующим специалистам, при этом психотерапевтическая служба в условиях страховой медицины пока не получила достаточного развития, а потому тяжесть работы с психическими расстройствами пограничного уровня ложится пока на врачей общей практики.

Вместе с тем, как показывает практика, лечение психических расстройств в общесоматической сети имеет определенные издержки: во-первых, недостаточное или несвоевременное направление пациентов на консультацию к специалистам психиатрических специальностей; во-вторых, недостатки фармакотерапии психических расстройств.

Типичные ошибки при лечении психических расстройств в общесоматической практике могут быть сведены к следующим пунктам:

²⁰ В соответствии с приказом МЗ РФ № 294 от 30.10.1995 г. «О психиатрической и психотерапевтической помощи» врачом-психотерапевтом является специалист с высшим медицинским образованием по специальности «лечебное дело», имеющий стаж практической работы врача-психиатра не менее 3 лет и дополнительную подготовку по психотерапии на факультете последипломного образования, владеющий различными методами диагностики и терапии психических расстройств, теоретическими и практическими знаниями в области психиатрии и психотерапии, предусмотренными программой подготовки в соответствии с требованиями квалификационной характеристики, и получивший сертификаты по психиатрии и психотерапии.

1. Неадекватный выбор препарата (например, антидепрессантов стимулирующего действия и грандаксина при выраженной тревоге, а антидепрессантов с седативным эффектом и бензодиазепинов – при вялости и апатии).

2. Определение времени приема без учета особенностей действия назначаемого препарата (например, грандаксина, эглонила, сиднокарба, стимулирующих антидепрессантов на ночь или превалирующие дозы седативных антидепрессантов и транквилизаторов, например амитриптилина и диазепама, по утрам).

3. Недооценка возможностей побочного действия назначаемого препарата (например, ортостатических обморочных состояний при лечении неулептилом, начатом с высоких доз; гормональных дисфункций при длительном лечении амитриптилином в высоких дозах; усиление тревоги при лечении бензодиазепинами и фенотиазинами; паники и деперсонализации – при лечении антидепрессантами), игнорирование имеющихся противопоказаний (например, острая алкогольная или барбитуровая интоксикация, тяжелые заболевания печени и почек, беременность и лактация, миастения и глаукома).

4. Неадекватные дозы назначаемых средств (например, слишком малые дозы антидепрессантов при лечении депрессий, транквилизаторов – при лечении тревожных расстройств, что может приводить к хронизации данных состояний, или необоснованно высокие дозы препаратов, что значительно повышает вероятность возникновения разнообразных побочных эффектов).

5. Длительное лечение одним и тем же препаратом, непонимание необходимости ротации психотропных средств.

6. Недоучет возможности появления привыкания при длительном приеме психотропных препаратов (например, таких транквилизаторов, как феназепам, диазепам, мепробамат и др.).

7. Редкость комбинированного применения психотропных препаратов различных классов (например, антидепрессантов и ноотропов с малыми дозами стимулирующих нейрорептиков (эглонила)).

8. Недооценка возможного значительного повышения эффективности психотропных препаратов при парентеральном их введении (например, реланиума, амитриптилина, эглонила).

9. Отказ от корригирования побочного действия психотропных средств препаратами преимущественно растительного происхождения (например, экстрактом или настойкой боярышника при тахикардии и других сердечно-сосудистых дисфункциях; эзерина, стрихнина и кофеина при задержке мочи, обусловленной спазмом сфинктера и атонией мочевого пузыря).

10. Отсутствие постепенного снижения доз назначаемых препаратов (например, при внезапном поступлении такого больного в общесоматическую клинику) – с неизбежным в ряде случаев появлением «синдрома отмены» или отдельных его компонентов и последующим неоправданным выводом о наличии у пациента токсикомании.

11. Недоучет того, что пожилые пациенты более чувствительны к возможным токсическим эффектам психотропных средств в отношении назначаемых препаратов (например, повышенный риск развития экстрапирамидных расстройств при назначении нейрорептиков, холинергических побочных эффектов при терапии трициклическими антидепрессантами).

12. Несвоевременное направление пациента на консультацию к психиатру или психотерапевту.

Все указанные обстоятельства диктуют необходимость высокой осведомленности врачей общей практики не только в вопросах дифференциальной диагностики психических рас-

стройств с соматическими проявлениями, но также и в вопросах лечения данного круга заболеваний.

Глава 2.1

Основные принципы лечения психических расстройств

Существуют два основных направления лечения психических расстройств: биологическое лечение (прежде всего фармакотерапия) и психотерапия (включая также и социотерапию).

Под биологической терапией психических расстройств понимаются все лечебные воздействия на организм как на биологический объект, на болезнь как на биологический процесс. К ним относятся все лекарства, в том числе психотропные средства, шоковые методы, психохирургия, лечение гормонами, ферментными препаратами, витаминами и другими биологически активными веществами.

Психотерапией называют лечение посредством воздействия психическими факторами – словом, невербальными условными раздражителями, обстановкой, определенными занятиями и т. п. В основе психотерапевтического воздействия лежит понимание психопатогенеза психических расстройств и воздействие на соответствующие психические механизмы с помощью соответствующих психотерапевтических методов. К психотерапии непосредственно примыкает социотерапия, которая использует в своей работе социо-психологические факторы: влияние непосредственно окружающей социальной среды, различные формы социальной активности или коллективной деятельности.

Психотерапия применяется в различных областях медицины, однако ведущую роль она выполняет при лечении заболеваний, в развитии которых психогенный фактор является преобладающим (неврозы и другие реактивные состояния, психосоматические заболевания), а также в тех случаях, когда соматическое заболевание ставит пациента в стрессовые условия (например, перед– и послеоперационный период) или становится для него тяжелой психической травмой (например, приводит к инвалидности). При пограничных психических расстройствах психотерапия является основным методом лечения, но она применяется и практически при всех видах психических расстройств.

В отечественной психиатрии фармакотерапия основана на традиционном нозологическом подходе. Нозологическая классификация позволяет определить базовый класс психотропных средств, используемый в лечении того или иного заболевания (см. таблицу № 5). Так, при шизофрении упор делается на нейролептических средствах, при маниакально-депрессивном психозе – на антидепрессантах и нормотимических средствах, при неврозах – на транквилизаторах, при нарушениях экзогенно-органической природы – на препараты нейрометаболического действия.

Таблица № 5

Эффекты и побочные действия основных групп психотропных препаратов

Группа	Основные эффекты	Побочные действия	Психотропные препараты
Нейролептики	— антипсихотический; — изменение функции экстрапирамидной системы; — влияние на гипоталамо-гипофизарную регуляцию эндокринной системы; — седативный или активизирующий; — антидепрессивный и транквилизирующий; — анальгезирующий; — вегетотропный и др.	— вялость; — сонливость; — общая слабость; — подавленность; или, напротив, гиперактивность; возбуждение; — экстрапирамидные нарушения; — эндокринные нарушения; — вегетативные дисфункции; — холинолитическое действие и др.	Аминазин Трифазин Галоперидол Мажептил (тиопроперазин) Рисполепт (рисперидон) Тизерцин (левомепромазин) Сонапакс (тиоридазин) Неуптил (перизазин) Эглонил (сульпирид)
Антидепрессанты	— антидепрессивный; — стимулирующий; — седативный; — противотревожный; — вегетостабилизирующий; — анальгезирующий; — гипотензивный и др.	— гиперстимуляция; — нарушения сна; — седативное; — кардиотоксическое; — влияние на АД; — холинолитическое; — диспептические нарушения и др.	Амитриптилин Пиразидол Мелипрамин (имипрамин) Флюоксетин Шипрамия (цитоплапрам)
Транквилизаторы (анксиолитики)	— противотревожный; — антифобический; — антидепрессивный; — седативный; — миорелаксирующий; — вегетотропный и др.	— психологическая и физическая зависимость; — развитие толерантности; — седативное и др.	Феназепам Седуксен (диазепам) Ксанакс (альпразолам) Грандаксин (тофизопам) Нитразепам
Нормотимики	— устраняют аффективные расстройства	— токсические эффекты лития	Эскалит; Ликаб (лития карбонат)

Группа	Основные эффекты	Побочные действия	Психотропные препараты
Снотворные	— снотворный; — седативный; — транквилизирующий; — миорелаксирующий; — противосудорожный и др.	— постсомнические нарушения; изменение структуры сна; — зависимость; — вегетативные нарушения и др.	Нитразепам Люминал (фенобарбитал) Имован (золпиклон) Ивалда (золпидем)
Ноотропы и корректоры мозгового кровообращения	— улучшают интегративную деятельность мозга; память; — обменные процессы; — антиастенический эффект и др.	— раздражительность; — нарушения сна; — диспептические явления	Ноотропил (пирацетам) Аминалон Кавинтон (винпоцетин) Циннаризин
Психостимуляторы	— психостимулирующий	— раздражительность; — беспокойство и др.	Сиднокарб Сиднофен

Однако современные классификации психических расстройств (в первую очередь действующая в настоящее время МКБ-10) построены на синдромологическом принципе, и решающим фактором при назначении препарата из того или иного класса психотропных средств является точная верификация ведущего психопатологического синдрома. Нейролептические средства применяются в основном при отчетливой выраженности психотической симптоматики (галлюцинации, бред, возбуждение и т. п.), как в рамках шизофрении, так и при эндогенных аффективных и органических психозах. Антидепрессанты и нормотимики применяются при аффективных расстройствах различного происхождения и регистра, а транквилизаторы — при тревожных синдромах без уточнения нозологической категории.

Согласно современным представлениям, психотропные средства не оказывают специфического воздействия на отдельные нозологические формы, а влияют лишь на различные психопатологические синдромы или даже на более мелкие клинические категории —

«симптомы-мишени». Данный подход облегчает положение врача общего профиля, зачастую вынужденного принимать непосредственное участие в лечении пограничных психических расстройств обращающихся к нему за помощью пациентов.

Глава 2.2

Алгоритм выбора психотропного препарата и схемы лечения

Назначение психотропных репаратов врачом общей практики должно производиться по следующей схеме (см. схему № 1).

Схема № 1

Алгоритм лечебных назначений при психических расстройствах



а) В соответствии с выявленным психопатологическим синдромом определяется класс психотропных препаратов (нейролептики, антидепрессанты, анксиолитики, нормотимические средства, ноотропы и др.);

б) в соответствии с выявленными особенностями синдрома внутри выбранного класса психотропных препаратов определяется конкретный препарат с учетом особенностей и избирательности его психотропного действия;

в) присоединяются средства симптоматической терапии (общеукрепляющие, витамины и т. п.);

г) корректируется общая схема лечения с учетом соматического состояния больного, сопутствующих заболеваний, совместимости препаратов и возможных побочных эффектов от их применения.

Представленный алгоритм выбора психотропного препарата и создания индивидуальной схемы лечения для конкретного пациента позволяют достичь наиболее точного подбора лекарственных средств, обеспечивающих наибольшую адекватность терапевтического воздействия.

Глава 2.3

Фармакологическая тактика при основных психопатологических синдромах

2.3.1. Фармакотерапия тревожных расстройств

К тревожным расстройствам относятся разнообразные страхи, тревожные опасения, чувство тревоги (зачастую «беспричинной»), беспокойство, суетливость, паника и т. п.

Основной группой психотропных препаратов, используемой при лечении тревожных расстройств, являются транквилизаторы (анксиолитики).

Конкретный препарат назначается с учетом особенностей и избирательности его психотропного действия, то есть «симптома-мишени» (см. таблицу № 6).

Таблица № 6

Особенности и избирательность психотропного действия транквилизаторов при тревожных расстройствах

№	Особенности синдрома	Необходимый эффект транквилизатора	Психотропные препараты
1	Тревожные расстройства с выраженными вегетативными проявлениями	Транквилизаторы с выраженным вегетостабилизирующим эффектом	Грандаксин (тофизопам) Седуксен (диазепам) Пирроксан Медазепам
2	Тревожные расстройства с обсессивно-фобическими проявлениями	Транквилизаторы с выраженным антифобическим действием	Седуксен (диазепам) Феназепам Ксанакс (альпразолам) Транксен
3	Тревожные расстройства с депрессивным компонентом	Транквилизаторы со стимулирующим действием	Ксанакс (альпразолам) Мебикс (мебикар) Триметозин

№	Особенности синдрома	Необходимый эффект транквилизатора	Психотропные препараты
4	Тревожные расстройства с выраженным возбуждением и нарушением сна	Транквилизаторы с выраженным седативным и снотворным действием, снотворные средства	Феназепам Атаракс (гидроксизин) Темазепам Нитразепам Ивадал (золпидем)

Дополнение:

1) При сочетании симптомов тревоги с проявлениями депрессии может назначаться **ксанакс**. Особенностью этого препарата является не только выраженное анксиолитическое действие (в том числе и при панических атаках), но и отчетливый антидепрессивный эффект, развивающийся уже на первой неделе терапии. Ксанакс характеризуется малым количеством побочных эффектов, которые, как правило, наблюдаются только на начальном этапе терапии.

2) При тревожных расстройствах, сопровождающихся выраженными вегетативными нарушениями, рекомендуемым препаратом является **грандаксин**. Грандаксин хорошо зарекомендовал себя в общесоматической практике, доказана его эффективность в комплексном лечении бронхиальной астмы, функциональных расстройств ЖКТ, гипертонической болезни,

ИБС, головной боли напряжения, предменструального, климактерического и посткастрационного синдромов.

В отличие от большинства других транквилизаторов грандаксин (в обычных дозах) не дает сонливости, не вызывает миорелаксации, не нарушает координации, не потенцирует действия алкоголя. Следует однако учитывать, что препарат может давать синдром отмены, а потому необходимо постепенное снижение его дозы.

3) У пожилых больных при наличии артериальной гипертензии, нарушений ритма сердца (пароксизмальная тахикардия), атеросклероза сосудов головного мозга, церебральных нарушений показан **оксилидин** (бензоклидин).

4) У ослабленных и пожилых больных, а также при астеническом синдроме может применяться **медазепам** (рудотель).

5) У пожилых людей и ослабленных больных с легкими невротическими проявлениями показан **оксазепам** (тазепам).

6) При наличии беспокойства и тревоги на фоне инволюционной депрессии показан **сигнопам**.

7) При наличии нарушений сна (диссомнии) не следует увлекаться использованием транквилизаторов в качестве снотворных средств. Рекомендуемым препаратом при диссомниях является **ивадал**, который хорошо совмещается с другими лекарственными средствами (что позволяет назначать ивадал при соматических заболеваниях), не влияет на утреннее и дневное самочувствие, работоспособность.

Подбор конкретной схемы лечения для каждого пациента должен осуществляться индивидуально, то есть с учетом клинической картины, эффективности и переносимости назначенных препаратов данным пациентом, а также совместимости принимаемых пациентом препаратов и при строгом соблюдении всех противопоказаний.

Транквилизаторы, как правило, не оказывают неблагоприятного влияния на функциональные системы организма, а также не вступают в интеракции с соматотропными препаратами. Более того, бензодиазепиновые анксиолитики используются для лечения функциональных нарушений сердечного ритма, некоторые (например, грандаксин, седуксен) оказывают коронаролитический эффект. Большинство транквилизаторов уменьшают желудочную секрецию, снижают содержание в желудочном соке пепсина и соляной кислоты, оказывают противорвотный эффект.

Однако необходимо учитывать, что большинство транквилизаторов потенцируют действие нейролептиков, антидепрессантов, снотворных, антигистаминных, антигипертензионных, наркотических и алкогольсодержащих средств, вступают в антагонизм с симпатомиметиками, а также стимуляторами. Кроме того, следует отметить, что, несмотря на относительно небольшую токсичность транквилизаторов, они должны применяться при наличии соответствующих показаний и под врачебным наблюдением. Необоснованное и бесконтрольное применение транквилизаторов может приводить к побочным явлениям, нарастанию резистентности, формированию зависимости и другим нежелательным эффектам. Назначение транквилизаторов следует сочетать с психотерапией и реабилитационной работой.

2.3.2. Фармакотерапия депрессивного синдрома

Депрессивный синдром характеризуется сниженным, подавленным настроением, чувством тоски, пессимистическим умонастроением, нарушением сна, снижением аппетита и либидо.

Основной группой психотропных препаратов, используемой при лечении депрессивных расстройств, являются антидепрессанты. Конкретный препарат назначается с учетом особен-

ностей и избирательности его психотропного действия, то есть «симптома-мишени» (см. таблицу № 7).

Таблица № 7

Особенности и избирательность психотропного действия антидепрессантов

№	Особенности синдрома	Необходимый эффект антидепрессанта	Психотропные препараты
1	Депрессия с тревожными расстройствами	Антидепрессанты с преимущественно седативным эффектом (в сочетании с транквилизаторами)	Амитриптилин Ремерон (миртазапин) Феварин (флуоксамин) Ципрамил (циталопрам)
2	Меланхолическая депрессия	Антидепрессанты сбалансированного действия	Анафранил Ципралекс (s-циталопрам) Феварин (флуоксамин) Золофт (сертралин)
3	Астеническая депрессия	Антидепрессанты с антиастеническим и стимулирующим эффектом	Флуоксетин Мелипрамин (имипрамин) Ниламид Бефол Адеметионин Негрустин
4	Апатическая депрессия	Антидепрессанты со стимулирующим эффектом	Флуоксетин Никазан Мелипрамин Сиднофен Дезипрамин

№	Особенности синдрома	Необходимый эффект антидепрессанта	Психотропные препараты
5	Депрессия с преобладанием нарушения сна	Антидепрессанты с седативным эффектом, снотворные средства	Амитриптилин Ремерон (миртазапин) Доксепин Леривон (миансерин) Тразодон
6	Депрессия с вегетативными проявлениями	Антидепрессанты с вегетостабилизирующим эффектом (при необходимости в сочетании с тимотранквилизаторами и тимонейролептиками)	Ципрамил (циталопрам) Доксепин Опипрамол Феварин (флуоксамин) Леривон (миансерин)
7	Депрессия с выраженным алгическим синдромом	Антидепрессанты с анальгезирующим эффектом или потенцирующие действие анальгетиков, а также тимонейролептики	Эглонил (сульпирид) Ниламид (нуредаль) Феварин (флуоксамин) Мелипрамин (имипрамин) Анафранил
8	Соматизированная (маскированная) депрессия	Антидепрессанты со стимулирующим действием, а также нейролептики с антидепрессивным эффектом	Золофт (сертралин) Эглонил (сульпирид) Флюанксол Феварин (флуоксамин)
9	Соматогенная депрессия	Хорошо переносимый антидепрессант с умеренным стимулирующим и антифобическим действием	Миансерин Золофт Новерил (дибензепин) Эглонил (сульпирид) Флюанксол Аденозил метионин Золофт (сертралин) Триттико (тразодон)

Дополнение:

1) Одним из самых популярных антидепрессантов является – **флуоксетин** («Прозак» и его аналоги). Он относится к числу селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗ), не дает сонливости и характеризуется хорошим «мягким» эффектом. Необходимо

иметь в виду, что он, как и остальные препараты этой группы, оказывает свой эффект только со второй недели приема, полноценный эффект отмечается только через месяц, и необходима поддерживающая терапия от трех до шести месяцев.

2) В амбулаторной практике благодаря эффективности и безопасности хорошо себя зарекомендовал препарат **ремерон**, который кроме основной своей антидепрессивной функции оказывает и достаточно выраженный анксиолитический (противотревожный) эффект. Доказана эффективность ремерона при лечении депрессий с соматовегетативными, тревожными, алгическими и конверсионными расстройствами. Ремерон является хорошо переносимым препаратом, не вызывает зависимости, безопасен при терапии депрессий у больных с сердечно-сосудистой патологией, может назначаться пациентам пожилого возраста.

3) При депрессиях, сочетающихся с тревожными, фобическими и обсессивно-компульсивными расстройствами, целесообразно назначение **ципрамила**. Существенным достоинством ципрамила является возможность назначения препарата при суицидоопасных депрессиях, а также эффективность этого препарата при депрессивных расстройствах различной степени тяжести. Ципрамил, как правило, не требует индивидуального подбора доз, в том числе у пациентов позднего возраста и с соматической отягощенностью.

4) При легких депрессивных состояниях может назначаться **негрустин** – препарат, который относится к антидепрессантам растительного происхождения (препарат зверобоя). Негрустин отличается большей безопасностью и переносимостью, нежели стандартные антидепрессанты, однако он и менее эффективен.

5) В пожилом возрасте и при соматических заболеваниях показано назначение **азафена**, который хорошо переносится и положительно зарекомендовал себя в амбулаторной практике.

Подбор конкретной схемы лечения для каждого пациента должен осуществляться индивидуально, то есть с учетом клинической картины, эффективности и переносимости назначенных препаратов данным пациентом, а также совместимости принимаемых пациентом препаратов и при строгом соблюдении всех противопоказаний. Кроме того, необходимо иметь в виду, что большинство антидепрессантов требуют постепенного достижения терапевтической дозы, оказывают свой эффект лишь спустя две недели от начала приема препарата, а также должны отменяться лишь с постепенным снижением дозы. Депрессивные расстройства, кроме медикаментозного, требуют полноценного психотерапевтического лечения.

Для лечения психических расстройств в общесоматической практике наиболее предпочтительны антидепрессанты нового поколения, обладающие наименьшим числом нежелательных эффектов: селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (флуоксетин, золофт и др.), селективные блокаторы обратного захвата норадреналина (ремерон, дулоксетин, леривон), селективные стимуляторы обратного захвата серотонина (коаксил). Безопасность и переносимость данных антидепрессантов обеспечивается также сравнительно благоприятным спектром их взаимодействий с соматотропными препаратами.

В общесоматической практике следует избегать использования ингибиторов МАО (ниаламид – нуредаль, бифол, метралиндол – инказан, моклобемид – аурорикс, пирлиндол – пиразидол, сиднофен и др.), поскольку последние могут создавать неблагоприятные взаимодействия как с другими антидепрессантами, так и с рядом иных препаратов. При неэффективности ингибитора МАО другой антидепрессант может быть назначен не ранее чем через две недели. Трициклические антидепрессанты (имипрамин, петилил, герфонал, кломипрамин, нортриптилин, опипрамол, азафен, доксерин и др.) и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (флуоксетин, феварин, пароксетин, сертралин и др.) не должны сочетаться с приемом β -блокаторов, циметидина, антиаритмических средств, сердечных гликозидов, эфиллина, варфарина и др. Коаксил не следует сочетать с сердечными гликозидами.

Антидепрессанты растительного происхождения могут назначаться без каких-либо серьезных ограничений при любых психогенных депрессиях, а также профилактически у ослабленных больных, при наличии депрессивной реакции на болезнь и т. п.

2.3.3. Фармакотерапия ипохондрического синдрома

Ипохондрический синдром характеризуется в первую очередь патологически преувеличенными опасениями за свое здоровье, поисками или уверенностью в наличии какого-либо заболевания при отсутствии объективных признаков последнего.

Основными группами психотропных препаратов при лечении ипохондрических расстройств являются нейролептики, транквилизаторы и антидепрессанты. Конкретный препарат назначается с учетом особенностей и избирательности его психотропного действия, то есть «симптома-мишени» (см. таблицу № 8).

Таблица № 8

Особенности и избирательность психотропного действия препаратов, используемых для лечения ипохондрических расстройств

№	Особенности синдрома	Группы препаратов	Препараты
1	Ипохондрический синдром с преобладанием сенестопатий	Нейролептики, антидепрессанты (седативы)	Эглонил (сульпирид) Анафранил Амитриптилин
2	Ипохондрический синдром с преобладанием депрессивного компонента	Антидепрессанты (стимуляторы), тимо-нейролептики, тимотранквилизаторы	Флуоксетин Мелипрамин (имипрамин) Эглонил (сульпирид) Золофт (сертралин)
3	Ипохондрический синдром с преобладанием идеаторного компонента	Поведенческие нейролептики, антидепрессанты (седативы)	Эглонил (сульпирид) Флюанксол Мажептил (тиопроперазин)

№	Особенности синдрома	Группы препаратов	Препараты
4	Ипохондрический синдром с выраженной тревогой	Транквилизаторы, антидепрессанты (седативы)	Седуксен (диазепам) Ксанакс (альпразолам) Амитриптилин Ремерон (миртазапин)
5	Ипохондрический синдром с выраженным астеническим компонентом	Антидепрессанты (стимуляторы), тимо-нейролептики, транквилизаторы со стимулирующим эффектом	Наламид Флуоксетин Эглонил (сульпирид)

Дополнение:

1) При лечении ипохондрических расстройств самого широкого круга используется **эглонил**, который обладает активизирующим свойством (что важно при наличии астенических расстройств); имеет противотревожный эффект, снижает идеаторный компонент ипохондрического расстройства, устраняет вегетативные дисфункции, алгические синдромы, сенестопатии и сенестопатии.

Эглонил хорошо сочетается с подавляющим большинством лекарственных средств, в метаболизме которых участвуют печеночные ферменты, а потому хорошо зарекомендовал себя в различных областях медицины: в кардиологии при наличии тревожно-ипохондрических расстройств у больных с ишемической болезнью сердца, в пульмонологической практике при комплексном лечении больных с бронхиальной астмой, в дерматологии при различных, особенно

психогенных, дерматозах, в неврологии при лечении вегетативных приступов и гастроинтестинальных нарушениях, в гастроэнтерологии при различных диспептических расстройствах. Однако необходимо иметь в виду его побочные эффекты – галакторея, гинекомастия, нарушения менструального цикла.

2) При стойких ипохондрических расстройствах с преобладанием идеаторного компонента у пожилых людей, страдающих атеросклерозом головного мозга, может быть использован **тиоридазин** (меллерил).

Подбор конкретной схемы лечения для каждого пациента должен осуществляться индивидуально, то есть с учетом клинической картины, эффективности и переносимости назначенных препаратов данным пациентом, а также совместимости принимаемых пациентом препаратов и при строгом соблюдении всех противопоказаний. Кроме того, необходимо помнить, что успешное лечение ипохондрических расстройств невозможно без полноценной психотерапевтической работы.

При лечении ипохондрических расстройств следует подбирать психотропные препараты таким образом, чтобы они купировали по возможности весь спектр психических расстройств, сопровождающих ипохондрическую симптоматику, то есть обладали бы анксиолитическим, антидепрессивным, вегетостабилизирующим, активизирующим (или седативным), противосеквесторным эффектами. В этой связи предпочтительно назначение эглонила, грандаксина, флуоксетина. Также целесообразно назначить общеукрепляющую терапию, стимулирующие средства (например, сиднокарб) и ноотропы (например, танакан).

Кроме эглонила, к сравнительно безопасным нейролептикам, которые можно использовать в общесоматической сети, относятся производные фенотиазина, тиоксантена, бензамиды, некоторые атипичные нейролептики.

2.3.4. Фармакотерапия астенического синдрома

Для астенического синдрома характерны: упадок сил, ощущение переутомления, чрезмерная истощаемость, повышение, а затем снижение нервно-психической возбудимости, ослабление внимания, неустойчивое настроение, общее снижение психической активности.

Основными группами психотропных препаратов при лечении астенических расстройств являются транквилизаторы, ноотропы, адаптогены, витамины и проч. Конкретный препарат назначается с учетом особенностей и избирательности его психотропного действия, то есть «симптома-мишени» (см. таблицу № 9).

Таблица № 9

Особенности и избирательность психотропного действия препаратов, используемых для лечения астенических расстройств

№	Особенности синдрома	Группы препаратов	Препараты
1	Гиперстенический вариант астенического синдрома (с раздражительностью, возбудимостью и др.)	Транквилизаторы и нейролептики с преимущественно седативным и вегетостабилизирующим эффектом, ноотропы с седативным действием, адаптогены	Феназепам Эунактия Фенибут Терален Мебикар Пикамилон Глицин Поливитамины
2	Гипостенический вариант астенического синдрома (с вялостью, слабостью, утомляемостью и др.)	Транквилизаторы и нейролептики со стимулирующим действием, ноотропы со стимулирующим действием, адаптогены	Медазепам Грандаксин Эглонил Мебикар Танакан Пирацетам Сиднокарб Поливитамины

Дополнение:

В комплексной терапии астенических расстройств хорошо зарекомендовал себя препарат растительного происхождения (экстракт листьев растения гинкго) **танакан**, обладающий широким спектром фармакологической активности в виде анксиолитических, стимулирующих, ноотропных, вегетотропных и антиоксидантных свойств. Эффект применения производных гинкго билоба проявляется в редукции слабости и повышенной истощаемости психической деятельности – этого базисного компонента астенического синдрома. Особенностью препарата является положительное влияние препарата как при гипостеническом, так и при гиперстеническом варианте неврастения.

Подбор конкретной схемы лечения для каждого пациента должен осуществляться индивидуально, то есть с учетом клинической картины, эффективности и переносимости назначенных препаратов данным пациентом, а также совместимости принимаемых пациентом препаратов и при строгом соблюдении всех противопоказаний.

2.3.5. Фармакотерапия психоорганического синдрома

Психоорганический синдром характеризуется классической триадой признаков: ослаблением памяти, снижением интеллекта, недержанием аффектов, а также сопутствующими, как правило астеническими, проявлениями.

Основными группами психотропных препаратов при лечении психоорганического синдрома являются препараты с нейрометаболическим действием, однако также применяются средства, купирующие аффективную, психопатоподобную и неврозоподобную симптоматику. Конкретный препарат назначается с учетом особенностей и избирательности его психотропного действия, то есть «симптома-мишени» (см. таблицу № 10).

Таблица № 10

Особенности и избирательность психотропного действия препаратов, используемых для лечения психоорганического синдрома

№	Особенности синдрома	Группы препаратов	Препараты
1	Психоорганический синдром с преобладанием нарушений в познавательной сфере	Ноотропы, сосудистые, антиагреганты, нейропротекторы, препараты с антигипоксическим эффектом, витамины	Ноотропил Кавинтон Вазобрал Даверлум Мезоплант Витамины группы В
2	С преобладанием нарушений в эмоционально-волевой сфере: раздражительностью, эмоциональной возбудимостью, тревогой	Поведенческие нейролептики, транквилизаторы с седативным эффектом, антидепрессанты с анксиолитическим эффектом, ноотропы, сосудистые препараты, витамины и проч.	Пиразидол Диазепам Сонапакс Неулептил Терален Тразодон Препараты валерианы, пустырника Витамины группы В Глутаминовая кислота
3	С преобладанием нарушений в эмоционально-волевой сфере: депрессивными и апато-абулическими проявлениями	Антидепрессанты без выраженного седативного эффекта, тимо-нейролептики, ноотропы, сосудистые препараты, витамины	Мапротилин Пиразидол Азафен Эглонил Ноотропил Нимотоп Витамины группы В
4	С преобладанием астенической симптоматики и вегетативных расстройств	Антидепрессанты без седативного эффекта, тимо-нейролептики, ноотропы, сосудистые препараты, витамины	Нортриптилин Эглонил Аминалон Ноотропил Энсефабол Витамины группы В

Подбор конкретной схемы лечения для каждого пациента должен осуществляться индивидуально, то есть с учетом клинической картины, эффективности и переносимости назначенных препаратов данным пациентом, а также совместимости принимаемых пациентом препаратов и при строгом соблюдении всех противопоказаний.

2.3.6. Фармакотерапия психовегетативного синдрома

Психовегетативный синдром представляет собой совокупность симптомов, обусловленных нарушениями вегетативной регуляции. Клиническая картина психовегетативного синдрома может отражать преобладание симпатического тонуса (феномен эрготрофической надстройки) или доминирование вагоинсулярной иннервации (феномен трофотрофической надстройки), нередко встречаются смешанные, амфитонические состояния.

Основными группами психотропных препаратов при лечении вегетативных расстройств являются препараты, влияющие на состояние вегетативной нервной системы. Конкретный препарат назначается с учетом особенностей и избирательности его психотропного действия, то есть «симптома-мишени» (см. таблицу № 11).

Таблица № 11

**Особенности и избирательность психотропного действия препаратов,
используемых для лечения психовегетативного синдрома**

№	Особенности синдрома	Группы препаратов	Препараты
1	Симпто-адренальный вариант психовегетативного синдрома	Препараты, влияющие на симпатический отдел вегетативной нервной системы	Опинпрамол Пирроксан Беллоид Беллатаминал Дигидроэрготамин Никотиновая кислота Анаприлин Калий, Магний Седативные травы (валериана, пустырник) Амизил
2	Вагоникулярный вариант психовегетативного синдрома	Препараты, влияющие на парасимпатический отдел вегетативной нервной системы	Этимизол Эглонил Никотинамид Элеутерококк Заманиха Пр. белладонны Кальций Витамины С и В ₁
3	Смешанный тип психовегетативного синдрома	Препараты, оказывающие влияние на оба отдела вегетативной нервной системы	Грандаксин Ганглерон Тропафен

Подбор конкретной схемы лечения для каждого пациента должен осуществляться индивидуально, то есть с учетом клинической картины, эффективности и переносимости назначенных препаратов данным пациентом, а также совместимости принимаемых пациентом препаратов и при строгом соблюдении всех противопоказаний. Кроме того, необходимо помнить, что успешное лечение психовегетативных расстройств обеспечивается только при полноценном использовании возможностей психотерапии.

При коррекции психовегетативной дисфункции необходимо принимать во внимание те психические расстройства, с которыми она сочетается. Психовегетативные нарушения в той или иной степени устраняют некоторые транквилизаторы (например, грандаксин и седуксен), а потому назначение этих препаратов уместно при тревожных расстройствах; некоторые антидепрессанты, особенно показанные при сочетанных тревожно-депрессивных расстройствах (например, феварин, флюоксетин, коаксил); кроме того, при психовегетативных дисфункциях, которые встречаются при депрессивных состояниях у лиц с явлениями астении, может назначаться эглонил.

Часть третья

Организация оказания помощи пациентам с пограничными психическими расстройствами

Пациенты с пограничными психическими расстройствами нуждаются в своевременном оказании им в полном объеме специализированной психиатрической и психотерапевтической помощи. В этой связи перед врачами общей практики стоит задача выявления данных пациентов из числа лиц, обращающихся за медицинской помощью, и направление их на консультацию к врачу-психотерапевту. Пациенты с психическими расстройствами, выявленные в общесоциальной сети (при отсутствии штатного психиатра-консультанта), должны направляться в районные психоневрологические диспансеры.

Пациенты с пограничными психическими расстройствами должны быть проконсультированы у врача-психотерапевта. Хотя в ряде случаев, когда получение такой консультации по каким-либо причинам затруднено, а психическое расстройство невротического уровня проявляется в легкой или умеренной формах, помощь может быть оказана и врачом общей практики. В государственном здравоохранении должности врача-психотерапевта предусмотрены в психоневрологических диспансерах. Однако основная масса пациентов с пограничными психическими расстройствами должна освидетельствоваться и проходить лечение на базе психотерапевтических кабинетов.

В соответствии с требованиями приказа Минздравмедпрома РФ от 30.10.1995 г. № 294 «О психиатрической и психотерапевтической помощи» в составе территориальной поликлиники (в том числе консультативно-диагностической помощи), поликлиническом отделении центральной районной больницы, непосредственно обслуживающих не менее 25 тыс. человек взрослого населения, поликлиническом отделении областной (окружной, краевой, республиканской) больницы, психоневрологическом диспансере (диспансерное отделение), ведущих амбулаторный прием, в специализированной центре (отделении) кардиологического, гастроэнтерологического, пульмонологического, онкологического, неврологического профиля, в инфекционной больнице с отделением ВИЧ-инфекции, в стационарах мощностью не менее 200 коек должен быть организован психотерапевтический кабинет.²¹

В психотерапевтическом кабинете проводится лечение больных неврозами, другими пограничными нервно-психическими и психосоматическими расстройствами, больных с психическими заболеваниями в стадии ремиссии вне обострения. Основными задачами психотерапевтического кабинета являются: 1) консультативно-диагностическая работа и отбор больных на лечение в кабинете; 2) оказание медицинской помощи психотерапевтическими методами, при необходимости – в сочетании с медикаментозной и другой терапией; 3) психогигиеническая и психопрофилактическая помощь населению, а также участие в программах охраны психического здоровья; 4) повышение знаний медицинского персонала о роли психосоциальных факторов в происхождении, течении и лечении болезней.

При значительной выраженности пограничных психических расстройств пациенты направляются в учреждение, оказывающее стационарную психиатрическую и психотерапевтическую помощь. Этим учреждением в г. Санкт-Петербурге является Городская психиатрическая больница № 7 им. академика И.П. Павлова (Клиника неврозов). Работу психотерапевтической службы города координирует главный специалист по психотерапии Комитета по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга. Задачи организационно-методического

²¹ Штат психотерапевтического кабинета (в расчете на 25 тыс. населения): врач-психотерапевт, медицинский психолог, социальный работник. Должности медицинских сестер психотерапевтического кабинета устанавливаются соответственно должностям врача-психотерапевта.

и консультативного отдела психотерапии при главном психотерапевте города выполняет Санкт-Петербургский Городской психотерапевтический центр.

В соответствии с требованиями приказа Минздрава РФ от 06.05.1998 г. № 148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением» на базе общесоматических учреждений, ведущих амбулаторный прием, должны функционировать «кабинеты социально-психологической помощи», укомплектованные врачом-психиатром, медицинским психологом и социальным работником из расчета: 1 специалист на 100 тыс. населения. Кабинеты социально-психологической помощи обеспечивают специализированную помощь пациентам с кризисными состояниями и суицидальным поведением.

Кроме того, данным приказом вводятся такие подразделения кризисной службы, как «телефон доверия» и «отделение кризисных состояний».

При оказании специализированной помощи необходимо руководствоваться положениями Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02.07.1992 г. № 3185-I (с изменениями от 21 июля 1998 г.).

В настоящее время принят новый приказ о психотерапевтической службе (приказ МЗ РФ № 438 от 16.09.2003 «О психотерапевтической помощи»), где к прежней организационно-штатной структуре психотерапевтической службы добавлен психотерапевтический центр.

Психология сердца

Введение

Заболевания сердечно-сосудистой системы, наряду со злокачественным опухолями, являются самой частой причиной смерти населения развитых стран мира. При этом, по данным ВОЗ, к 2020 году психические расстройства (преимущественно депрессивные) потеснят в этой статистике злокачественные новообразования и выйдут на второе место, однако же сердечно-сосудистая патология, безусловно, сохранит за собой статус лидера. Впрочем, подобная конкуренция – между соматическими и психическими заболеваниями – весьма относительна, если рассматривать взаимозависимость соматических заболеваний и психических расстройств.

Еще в 1927 году Д.Д. Плетнев постулировал несомненно актуальный и до сих пор тезис: «Нет соматических болезней без психических, из них вытекающих отклонений, как нет психических заболеваний, изолированных от соматических симптомов». По данным разных исследований последних десятилетий, на долю психосоматических заболеваний приходится от 43,6 до 53,4 % обращений за врачебной помощью (Курпатов В.И. с соавт., 1999), от 34 % до 57 % пациентов территориальных поликлиник (Смулевич А.Б. и соавт., 1987) нуждаются не столько в соматоориентированной терапии, сколько в психиатрической и психотерапевтической помощи, а от 70 до 80 % пациентов, проходящих лечение в соматическом стационаре, требуют консультации и/или лечения у врача психиатра-психотерапевта (Рубина Л.П., 1999).

Возвращаясь к рассмотрению соотношений между лидерами упомянутого печального списка, в качестве иллюстрации можно привести хотя бы несколько показательных примеров: депрессивные и иные психические расстройства наблюдаются у 20–50 % пациентов в острой фазе инфаркта миокарда, у 70 % – спустя год после инфаркта миокарда, у 83 % больных с хронической болью (Гулько А.А., 1985), у 100 % наблюдаемых больных, оперированных по поводу рака грудной железы (Гиндикин В.Я., 2000). При этом данные и без того гигантские цифры отражают именно психическую патологию и не учитывают непатологические эмоциональные реакции, а также состояний тревожно-депрессивного спектра, число которых у соматических больных, разумеется, значительно превосходит указанные показатели.

Наконец, в десятках фундаментальных научных исследований (Губачев Ю.М. с соавт., 1976, 1981, 1993; Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986; Смулевич А.Б., 2001 и др.) показано, что данная патология не является просто «коморбидной» или «сочетанной»; их интимная взаимосвязь простирается и на область этиологии, и на патологическую динамику, и на механизмы симптомообразования. Рассматривать больного, мысленно разделяя его и его болезнь на две совершенно самостоятельные инстанции – психическую и соматическую, не только неправомерно, но и пагубно. Вместе с тем все более углубляющаяся специализация отраслей медицины обеспечивает именно такой подход, что не может не удручать и требует решительных мер по преодолению этой противоестественной разобщенности.

Учитывая единство соматопсихических и психосоматических взаимоотношений, когда мы говорим о кардиологическом больном, мы должны иметь в виду, что этот пациент находится, с одной стороны, в сфере компетенции врача-кардиолога, с другой – в сфере интересов специалиста психиатрической специальности, то есть психиатра-психотерапевта, причем обе эти ипостаси волею судьбы, как правило (что, впрочем, не должно быть правилом), приходится сочетать в себе первому. Отсюда и отчасти вынужденное, а отчасти и совершенно закономерное появление психосоматической направленности в системе кардиологической помощи.

Чем является соматическое заболевание для обычного человека, если не тяжелым психическим и физиологическим стрессом? Болезнь соотносится во внутреннем пространстве человека с понятиями «слабость», «зависимость», «боль», «страдание», «старение», «смерть» и многими другими подобного же рода определениями отнюдь не оптимистического толка. Когда же речь идет о болезнях кардиологического профиля, каждая из этих тематик – от «боли» и до «смерти» – в силу ряда причин приобретает исключительную субъективную значимость. Психологическая же разработка этих тем – это столбовая дорога к душевному расстройству: тревоге, депрессии, тяжелой ипохондризацией.

Совершенно естественно, что человек, получающий у врача некий, пусть даже и невинный на первый взгляд, диагноз или лишь предполагающий у себя наличие того или иного заболевания, переживает чувства тревоги и беспокойства, озабоченность и растерянность, подавленность и внутреннее напряжение. Ощущая боль или слабость, он достаточно быстро астенизируется, постепенно нарастают переживания апатического или депрессивного спектра, возникает раздражительность, ухудшается память, внимание и проч.

Кроме того, необходимо принять во внимание и тот факт, что сами по себе физические недомогания – явления отнюдь не только телесные; они сообщают о себе через нервную систему (обладая способностью интенсифицироваться, усложняться, генерализоваться в ней), а потому действуют в этой системе в качестве травмирующих агентов, создавая эпицентры напряжения, перестраивая взаимоотношения системы, формируя патологические нейрорефлекторные образования. Все это, разумеется, чревато серьезными последствиями и для психики человека, являющейся фундаментальной производной нервного аппарата.

Наконец, учитывая роль психики для организма в целом, нельзя не признать и тот факт, что ее собственные дисфункции самого разного генеза и качества не могут не сказаться на соматических системах, в особенности – на сердечно-сосудистой. Психика и сама непосредственно регулирует деятельность сердечно-сосудистой системы через вегетативную нервную систему и выступает в качестве своеобразного игрока в целостной системе нейроэндокринной, а также гуморальной регуляции ее работы.

Мы привыкли думать, что существуют кардиологические болезни – ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, другие сердечно-сосудистые заболевания; но почему-то не приучены осознавать то очевидное обстоятельство, что на прием к врачу-кардиологу приходит не болезнь, а больной человек, кардиологический больной. Подобный недалекновидный подход чреват массой издержек, совершенно не отвечает фактической реальности и абсолютно не соответствует современному состоянию науки о человеке, его здоровье и болезни.

Ситуация такова, что теперь мы просто не можем игнорировать психическую жизнь больного человека, особенности работы его нервной системы во всей сложности соматопсихических и психосоматических отношений. Качество лечения любого соматического заболевания, как показывают многочисленные научные исследования последних десятилетий, напрямую зависит от того, как мы позиционируем, определяем себя в этой работе: то ли в качестве механика, пытающегося починить испорченную машину, то ли в качестве врача, который оказывает помощь страдающему человеку.

В сущности, речь идет о банальном профессионализме специалиста – врача-кардиолога. Как профессионал он должен хорошо понимать не только феноменологию соматического расстройства, но и его природу, которая всегда многоаспектна и в обязательном порядке включает в себя несомненную психическую составляющую; особенно если мы рассматриваем болезнь не как единичный фотоснимок, фиксирующий отдельный момент заболевания, а как полнометражный кинофильм, отражающий всю динамику патологического процесса – от момента его зарождения до этапов тяжелой хронизации.

Наконец, одной из основополагающих черт профессионала является его способность отличить то, что является сферой его непосредственной и абсолютной компетентности, и то, что лишь маскируется под феномены, наблюдаемые в области его непосредственной профессиональной деятельности, но относится к сфере компетенции специалиста иного профиля. К сожалению, собственно психические расстройства (особенно в последнее время) все больше и больше мимикрируют под соматические заболевания, таковыми, однако, совсем не являясь. Все это создает множество проблем как для самих пациентов, так и для врачей, которые оказывают им помощь. Вопросы дифференциальной диагностики, таким образом, оказываются проблемой первостепенной значимости, а врач-кардиолог должен уметь хорошо и своевременно отличать ту патологию, которая делает его основным и наиглавнейшим лечащим врачом пациента, от той, где он выполняет роль лишь только переадресации пациента «его» врачу – психиатру-психотерапевту.

Все эти проблемы и задачи, лишь намеченные, впрочем, в настоящем «Введении», и станут основной темой настоящей работы, которая, как надеются и ее авторы, поможет врачам-кардиологам обеспечить полноценную и всестороннюю помощь своим пациентам.

Часть первая

Психосоматическая проблема

Психосоматический подход в медицине отсчитывает свою историю с конца XIX – начала XX века. Причем важность учета психических факторов в формировании соматических заболеваний, а также соматических проявлений в клинике психических расстройств уже тогда стала очевидной как для психиатров, так и для терапевтов. В. Ослер, например, обратил внимание на специфические психологические особенности больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, а З. Фрейд трактовал самые разнообразные соматические недуги как проявление психического недомогания.

Впрочем, развитие этого научного направления в медицине простым не назовешь, и только теперь психосоматический подход все более и более рассматривается как методологический принцип, позволяющий оценивать и лечить соматическую патологию системно. Проф. Ю.М. Губачев в этой связи указывает на необходимость учитывать все «три круга психосоматики»: во-первых, проблему участия психических факторов в развитии соматических заболеваний; во-вторых, проблему вмешательства психических факторов в текущее соматическое заболевание пациента; в-третьих, проблему эффективности психокорректирующих мероприятий, используемых в комплексном лечении соматических заболеваний (Губачев Ю.М., 2001).

С другой стороны, и спектр собственно психических расстройств, наблюдающихся в практике врача общего профиля, чрезвычайно широк. Значительное число пациентов, обращающихся за помощью к врачам непсихиатрических специальностей, страдают теми или иными психическими расстройствами. Однако подавляющее большинство этих пациентов так и не получает соответствующей помощи, а врачи общей практики, как правило, недостаточно осведомлены в вопросах дифференциальной диагностики психических расстройств с соматическими проявлениями.

В этой связи встает вопрос систематики психических расстройств, встречающихся в практике врача непсихиатрической специальности, систематике, которая не столь бы делила заболевания на соматические и психические, сколь бы учитывала взаимозависимость этих расстройств, обеспечивая тем самым максимально адекватное лечение пациента. Всякий врач должен уяснить свою роль, свое место в оказании помощи данному конкретному больному, понимая одновременно, что лишь взаимодополняющая работа специалистов психиатрических и непсихиатрических отраслей медицины позволит добиться желаемых результатов.

«Искусство врача, – пишет Ю.М. Губачев, – и заключается в том, чтобы уметь определить, когда в механике ухудшения состояния больного “работают” главным образом эндогенные факторы “саморазвития” патологии (внутренняя логика патологического процесса), а когда определяющей становится жизненная ситуация или ее гипертрофированная личностная оценка».

Феномен «клинической картины»

Понятие «клинической картины болезни», несмотря на всю кажущуюся объективность скрывающегося за ним феномена, таит в себе и некоторую двусмысленность. «Клиническая картина» одного и того же заболевания с точки зрения психиатра, психотерапевта существенно отличается от «клинической картины», которую наблюдает врач другой специальности (например, врач-кардиолог). Зачастую эти «картины» различаются крайне существенно, поскольку значительное число психических расстройств проявляется в первую очередь жалобами соматического характера, а соматические заболевания могут приводить к психическим расстройствам, что вносит в работу специалистов существенную путаницу. Кроме того, поскольку нерв-

ная система осуществляет регуляторную функцию в отношении внутренних органов и систем организма, то психические нарушения могут обуславливать и возникновение объективных, верифицируемых симптомов телесного страдания, однако никак нельзя забывать о психической природе подобных недомоганий.

Для кардиолога «клиническая картина» острого периода инфаркта миокарда будет характеризоваться комплектом соответствующих признаков – специфической клиникой, динамикой показателей электрокардиологического и биохимического исследований. Однако в глазах врача психиатрической специальности этот же пациент предстанет в качестве больного с выраженным тревожным или тревожно-депрессивным синдромом, а также, возможно, ипохондрической настроенностью, поскольку психиатр увидит в нем беспокойство, страх смерти, идеи самоуничтожения, фиксацию на своем соматическом состоянии и т. п. Конечно, роль и значение врача-кардиолога в этом случае существенно превышает роль психиатра-психотерапевта. Вместе с тем очевидно, что, хотя именно соматическое состояние больного спровоцировало данное его психическое недомогание, последнее, несомненно, отягощает течение инфаркта.

С другой стороны, оценивая, например, «клиническую картину» вегетативной дисфункции, верифицируя нарушения сердечного ритма, колебания артериального давления, оценивая жалобы больного на боли в области сердца и т. п., кардиолог, вероятнее всего, придет к выводу, что перед ним страдающий вегетососудистой (нейроциркуляторной) дистонией. Однако же для психиатра-психотерапевта это совершенно очевидная «клиническая картина» соматоформного психического расстройства, это именно «паническая атака», а не «сердечный приступ». Тревога является здесь ведущим симптомом, а все соматические проявления болезни – не более чем вегетативный компонент целостной, «триединой» эмоции страха. Разумеется, основным средством лечения данного состояния станут транквилизаторы, а профильным врачом данного пациента будет психотерапевт с его психологическими методами воздействия, что, впрочем, не исключает возможности, а в ряде случаев и уместности назначения в комплексе терапевтических воздействий, например, β -блокаторов.

Пациент с эссенциальной гипертонией для психотерапевта – это прежде всего весьма эмоциональная личность с гипертрофированной способностью к самоконтролю, что в сущности и должно стать предметом психотерапевтической работы, призванной скорректировать данную неадекватную биологическим принципам реагирования психическую структуру; а для кардиолога этот же больной – пациент, нуждающийся в назначении гипотензивных средств. При этом очевидно, что первый думает об этиопатогенезе заболевания, а второй о его – заболевания – клинических проявлениях. Вот почему если сочетанное лечение данного больного обоими упомянутыми специалистами не будет обеспечено, то можно с уверенностью утверждать, что результативность каждого в отдельности даст лишь крайне ограниченный, частный эффект.

С другой стороны, маниакальный больной, оказавшись на приеме у врача-кардиолога, по всей видимости, будет воспринят последним как «неусидчивый малый» с гипертоническим кризом, а, например, пациент со стенокардией, возможно, будет рассматриваться врачом-психиатром как ипохондрик с тяжелым личностным преморбидом. При этом и тот и другой специалист в каком-то смысле будет прав, и тот и другой необходим данным пациентам, однако же здесь вновь и вновь встает вопрос о роли врача данной конкретной специальности в лечении данного конкретного больного, вопрос о том, кто из них является в данном случае «лечащим врачом», а кто «врачом-консультантом».

Роль и место «психического фактора»

Таким образом, необходимо выделять, с одной стороны, психические расстройства с соматическими проявлениями, а с другой стороны – соматические заболевания, где суще-

ственную роль (как в этиопатогенезе, так и в клинической картине) играют психические факторы. Первые – психические расстройства с соматическими проявлениями – должны рассматриваться как «профильные» для психиатров и психотерапевтов заболевания, вторые – соматические заболевания с психической обусловленностью и клиникой – являются прерогативой врачей общего профиля, однако требуют привлечения к участию в терапевтическом процессе психиатров и психотерапевтов.

Психические расстройства с соматическими проявлениями представляют собой целый спектр разнообразных состояний. К этой группе относятся: во-первых, невротические, соматоформные, личностные и поведенческие расстройства; во-вторых, психотические расстройства, проявляющиеся той или иной соматической или псевдосоматической симптоматикой; наконец, в отдельную подгруппу следует вынести психические расстройства, которые возникают в качестве реакции пациента на свое соматическое заболевание (нозогении).

Соматические заболевания с психической обусловленностью и клиникой также весьма разнообразны. К ним относятся, с одной стороны, собственно психосоматические заболевания, где психический фактор выступает в качестве базового этиологического звена, по крайней мере на начальных стадиях развития соматической болезни, и, с другой стороны, соматогенные психические расстройства, вызванные, как явствует из их названия, самим соматическим страданием больного, а не его психологической реакцией на болезнь, как в случае нозогении. В отдельную подгруппу следует вынести целый комплекс соматических болезней, в генезе которых в качестве одного из предрасполагающих факторов выступили психические расстройства (см. схему № 1).

Схема № 1

Психосоматическая практика (систематика расстройств и заболеваний)



Психические расстройства с соматическими проявлениями	Соматические заболевания с психической обусловленностью и клиникой
Невротические, соматоформные и поведенческие расстройства	Психосоматические (психогенные) заболевания
Психотические расстройства с соматическими проявлениями	Соматогенные психические расстройства
Психические расстройства как реакция на соматическое заболевание (нозогении)	Соматические заболевания, где психическое расстройство является предрасполагающим фактором
Основная роль в диагностике и лечении принадлежит психиатру, психотерапевту	Основная роль в диагностике и лечении принадлежит врачу непсихиатрической специальности

Невротические, соматоформные и поведенческие расстройства с соматическими проявлениями есть собственно психические расстройства. Однако тревожные и диссоциативные (конверсионные) расстройства, как правило, сопровождаются соматическими проявлениями: в первом случае по типу вегетативных кризов, во втором мозаичной, зачастую вычурной и нелепой псевдоневрологической симптоматикой. Соматоформные расстройства проявляются именно соматическими жалобами и симптоматикой, но никакое соматоориентированное лечение не бывает в этих случаях эффективным. Последнее относится и к поведенческим расстройствам приема пищи, сна неорганической природы, половых дисфункций и т. п., а также и к личностным расстройствам с соматическими проявлениями.

В группу **психотических расстройств с соматической и псевдосоматической симптоматикой** входят главным образом шизофрения с бредом соматического содержания, сенестопихондрическим синдромом, а также депрессивные расстройства с ипохондрическими идеями, вегетативными, алгическими, сенестопатическими и функциональными органическими проявлениями. Зачастую подобные пациенты весьма убедительны в своем соматическом недомогании, что может вводить в заблуждение специалистов непсихиатрических специальностей.

Психические расстройства, вызванные реакцией пациента на соматическое заболевание (нозогении), как правило, возникают на психопатологической почве, хотя и неявно выраженной. Соматическое заболевание является для больного стрессом, который может вызвать невротические реакции, невротические состояния, а также патохарактерологическое развитие личности по ипохондрическому типу. В эту же группу включаются и ятрогении, то есть нозогения, вызванная не столько реакцией на соматическое заболевание, сколько на неадекватные поведенческие реакции врача.

Психосоматические заболевания (в классическом понимании этого термина²²) безусловно являются «профильными» для врачей общей практики, поскольку симптоматически на первый план здесь выступают именно соматические расстройства, а течение заболевания сопровождается характерными морфологическими изменениями. Однако ведущая или существенная роль в возникновении психосоматических заболеваний принадлежит психическому фактору. Начавшее развиваться по законам психогении психосоматическое заболевание, за счет вовлечения в патологический процесс других органов и систем, трансформируется в собственно соматическую болезнь, а значение психогенеза значительно уменьшается. Таким образом, значимость психотерапевтического аспекта особенно велика на ранних этапах развития данных расстройств, его роль также значительна на этапах реабилитации и третичной профилактики.

Соматогенные психические расстройства следует рассматривать в трех подгруппах: церебросоматические заболевания (Свядош А.М., 1997), то есть психические расстройства, обусловленные органическим поражением головного мозга; психические расстройства, входящие, кроме прочего, в клиническую картину общесоматических заболеваний, а также психические расстройства, вызванные острой и/или хронической интоксикацией.

В отдельную рубрику настоящей систематики вынесены **соматические заболевания, где психическое расстройство сыграло роль предрасполагающего фактора**. Психические расстройства разного уровня зачастую понижают резистентность организма, ослабляют его защитные функции, что является предрасполагающим фактором для широкого круга разнообразных соматических заболеваний, вплоть до инфекционных заболеваний и новообразований (Лебедев Б.А., 1991).

Несмотря на то что первая группа представленных выше расстройств – собственно психических – относится к ведению психиатров и психотерапевтов, врачу общей практики, к сожалению, приходится работать с подобными пациентами, поскольку последние, как правило, уверены в соматической природе своих расстройств или хотят в это верить. Относительно второй группы заболеваний врачи общей практики, разумеется, осведомлены достаточно. Однако, учитывая психическую обусловленность и клинику этих расстройств, а также возможности психиатров и психотерапевтов на этом поле, объединение усилий представителей всех «заинтересованных сторон» никак нельзя считать лишним.

²² Классическими психосоматическими заболеваниями являются: эссенциальная гипертензия, язвенная болезнь, язвенный колит, тиреотоксикоз, нейродермит, бронхиальная астма, некоторые формы ревматоидного артрита. При относительно строгом понимании психосоматики к этой группе можно отнести также такие заболевания сердечно-сосудистой системы, как ИБС, инфаркт миокарда, гипертоническую болезнь, кроме того, большое число кожных и урогенитальных заболеваний, мигрень.

Психосоматические и соматопсихические отношения

Российские специалисты уже пообвыклись называть эссенциальную гипертонию, язвенную болезнь, язвенный колит, тиреотоксикоз, нейродермит, бронхиальную астму и некоторые другие заболевания «психосоматическими», однако, как известно, термин «психосоматическое заболевание» не включен в ныне действующую МКБ-10, что, конечно, связано не с отрицанием данной проблематики, а скорее, напротив, с всесторонней ее поддержкой. Впрочем, как материализовать эту поддержку, научной общественности пока не вполне понятно. Эксперты ВОЗ дали следующее заключение по вопросу использования термина «психосоматика»: «Его применение подразумевает, что психологический фактор не играет никакой роли в возникновении, течении или исходе всех остальных болезней» (Сарториус Н., 1997).²³ Иными словами, чтобы никому не было обидно, никому и не дали.

В чем же заключается основная проблема? Почему при очевидности взаимодействия сомы и психики в развитии того или иного заболевания обеспечить мало-мальски внятное обоснование этой позиции не представляется возможным? Ответ на этот вопрос кроется в представлении о психосоматическом континууме как о некоем однонаправленном векторе, что, конечно, является серьезным заблуждением. Фактически психосоматический континуум формируется не одним, а двумя векторами, которые условно могут быть названы – психосоматическим и соматопсихическим. Причем, хотя эти вектора и являются самостоятельными, результирующий продукт – то есть то, что мы видим на выходе в клинической картине, – всегда результат их взаимодействия. Таким образом, врач, понимающий психосоматический принцип как методологический, должен, что называется, держать в голове динамику и состояние этих двух самостоятельных векторов отдельно, однако же состояние пациента оценивать как результирующую их работы, как своего рода математическую функцию или производную.

Что же представляют собой эти два вектора психосоматического континуума?

Под **психосоматическим вектором психосоматического континуума** понимается деятельность психического аппарата человека (включая ее осознанную и неосознанные (неосознаваемые) составляющие), влияющая на состояние соматической функции, репрезентующая ее и проявляющаяся ею, а также имитирующая ее реакции. О чем здесь, в первую очередь, идет речь?

· Во-первых, вопросы репрезентации. Любые телесные ощущения, включая боль и иррадиацию боли, ощущение «пульсации», «чувство слабости» и т. п., разумеется, не голос страдающих органов или организма в целом, а сообщение нервной системы о страдании этих органов или целостного организма. Это по сути интерорецепторная деятельность нервной системы, представляющая собой не только «снятие» информации с органа или системы, но и ее передачу, транскрипцию, переформирование, собственно презентацию (или ее отсутствие), оценку, хранение и воспроизведение.

· Во-вторых, что, впрочем, следует из первого, а именно обусловлено возможностями переформирования, хранения, воспроизведения и, чуть в меньшей степени, оценки интероцептивной информации нервной системой. Именно благодаря этим функциям нервного аппарата становятся возможными ощущения, для которых в настоящий момент у субъекта нет соматических оснований, которые отличаются или неадекватной соматическому поражению интенсивностью, или неправдоподобной причудливостью (сенестопатические ощущения), или невозможны в принципе (не соответствуют, например, зонам иннервации и т. п.). Все это, в

²³ В МКБ-10 ситуация с классическими психосоматическими заболеваниями разрешается следующим образом. Если клиницист считает нужным отразить психогенную природу соматического заболевания, он должен воспользоваться двумя кодами: кодом самого соматического заболевания, а также кодом F54 (психологические или поведенческие факторы, связанные с болезнями или расстройствами, кодированными где-либо еще).

свою очередь, психическим аппаратом перерабатывается, оценивается, атрибутируется, вторично вызывая широкую гамму аффектов и т. д. Клиническая картина большинства соматических заболеваний в значительной степени определяется именно этими возможностями психического аппарата. Только они, по всей видимости, могут объяснить, почему, например, интенсивность, продолжительность и динамика болей у данного пациента именно такова; почему кто-то из пациентов при данном соматическом статусе испытывает те или иные ощущения, а другие – нет и т. д.

· В-третьих, проявления деятельности психического аппарата соматическими симптомами. Здесь важно отметить два существенных, отличных друг от друга момента. С одной стороны, эмоция – не может рассматриваться как одно только психическое переживание, но представляет собой триединство психического переживания, вегетативной реакции и телесного (в первую очередь гормонального и мышечного) выражения. Два последних компонента эмоции в данной связи и существенны. С другой стороны, за счет возможностей переформирования интероцептивной информации, она, в том или ином виде, зачастую включается в системы собственно психического реагирования, а потому тот или иной «соматический» симптом может, не имея под собой непосредственного (на данный момент, по крайней мере) соматического основания, выступать в качестве «психического ответа» (или его компонента) на тот или иной раздражитель. Первый механизм наиболее часто проявляется, например, при соматоформных расстройствах (вегетососудистая дистония), второй – при собственно соматизированных и ипохондрических расстройствах. Здесь важно иметь в виду, что сама по себе психическая деятельность (ее своеобразные «странные игры») может порождать стрессоры, которые зачастую запускают, а в ряде случаев только поддерживают подобного рода нежелательные влияния на соматическую функцию.

· В-четвертых, и эта позиция близка ко второй, возможности переформирования в нервной системе интерорецептивной информации приводят к тому, что не психогенные, а эндогенные расстройства работы целостного психического аппарата «включают» ту или иную «соматическую» симптоматику на том примерно же основании, на котором шизофреническая структура порождает галлюцинации, то есть психические образы, не имеющие, как известно, под собой никакого реально воспринимаемого объекта. По данному механизму развиваются печально известные маскированные (лабирированные, скрытые) депрессии, где нельзя найти психогенности (в смысле психологической реакции на стресс).

· В-пятых, что, может быть, следовало бы считать и первым пунктом: возможности влияния психического аппарата на состояние соматической функции. Хорошо известны возможности нервной системы в непосредственной регуляции соматического состояния: двигательная активность (поперечно-полосатой и гладкой мускулатуры), вегетативная регуляция функций организма, нейрогуморальная составляющая нервной деятельности, влияние на иммунные системы организма. Все указанные системы имеют сложную иерархическую структуру, и сбой на любом из уровней может привести к соответствующим дисфункциям соматического толка.

Под соматопсихическим вектором психосоматического континуума понимается динамика и состояние соматической функции организма человека, которая в свою очередь оказывает существенное влияние на состояние нервной системы и психическую деятельность. Каковы же направления этого влияния?

· Во-первых, необходимо принять во внимание триединство эмоции, которая есть не только психическое переживание, а, может быть, даже в большей мере вегетативная и соматическая реакция. Например, в экспериментах показано, что психическое состояние может существенно изменяться при искусственном увеличении количества катехоламинов в организме человека, а также под действием холинолитиков и т. п. Вегетативные дисфункции оказывают чрезвычайно мощное влияние на субъективное состояние больных, а степень физического напряжения напрямую коррелирует с интенсивностью и качеством эмоциональных реакций.

· Во-вторых, существенным механизмом влияния соматического фактора на психическое состояние является своего рода интерорецептивная агрессия. Чрезвычайно мощная, избыточная импульсация интерорецептивного характера способна в буквальном смысле этого слова дезорганизовать психическую активность, такова, например, природа болевого шока и т. п.

· В-третьих, в качестве «соматического агрессора» могут выступать и химические соединения, поставщиком которых для нервной системы и, опосредованно, для психической организации человека является все та же соматика. В качестве подобных «токсинов» могут выступать и собственные ферменты организма, как в случае, например, алкогольного делирия, и продукты обмена при патологии печени или почек, и токсины, обеспеченные инфекционными заболеваниями и проч.

· В-четвертых, работа нервной системы и психического аппарата, конечно, зависит от, если так можно выразиться, энергетического состояния организма. Истощение, переутомление, астенизация и подобные им состояния, соматические по сути, способны самым непосредственным образом влиять на работу нервной системы и на психическую деятельность человека.

· В-пятых, особенное место занимает церебральная патология, являющаяся по сути соматической (атеросклеротические поражения сосудов головного мозга, опухоли мозга, дистрофические процессы в нем и т. п.), однако проявление этих соматических недугов зачастую ограничивается лишь психическими расстройствами.

Таковы в общих чертах психосоматический и соматопсихический вектора психосоматического континуума. Некое более общее представление о их работе можно получить, ознакомившись с механизмами, уходящими корнями в хорошо известную теорию стресса (Г. Селье, 1982) и в теорию функциональных систем (П.К. Анохин, 1968). П.К. Анохин подчеркивал, что теория стресса Г. Селье недостаточна для объяснения механизма возникновения патологических реакций, поскольку исключает участие нервной системы в активных реакциях организма на стрессор. Впрочем, теория функциональных систем с лихвой перекрывает указанный недостаток теории стресса. С другой стороны, в концепции стресса Г. Селье организм выступает в качестве своеобразного реципиента внешнего воздействия, рассматривается как система, реагирующая на изменение внешних условий, отвечающая им. Теория же функциональных систем П.К. Анохина, напротив, делает акцент на активности организма как целостной системы подготовки принятия и реализации решений. Таким образом, с методологических позиций обе указанные теоретические концепции существенно дополняют друг друга.

Основные положения теории стресса сводятся Г. Селье к трем следующим пунктам. Во-первых, указывается, что физиологическая реакция на стресс не зависит от природы стрессора и представляет собой универсальную модель реакций, направленных на защиту организма и на сохранение его целостности. Во-вторых, защитная реакция при продолжающемся или повторяющемся действии стрессора проходит три определенные стадии, которые все вместе представляют собой адаптационный синдром. В-третьих, защитная реакция, будучи сильной и продолжительной, может перейти в болезнь, что станет своего рода ценой, которую организм заплатил за борьбу с факторами, вызвавшими стресс.

С точки зрения теории функциональных систем П.К. Анохина, при изменении параметров среды организм не просто «включает» некий набор генетически запрограммированных реакций, но, ориентируясь на обратную информацию, пытается максимально повысить приспособительный эффект своих реакций. Таким образом, функциональная система представляет собой своего рода аппарат саморегуляции, а ключевым моментом работы последнего следует считать механизм «принятия решения». При этом «принятие решения» является, по П.К. Анохину, результатом афферентного синтеза, производимого организмом на основе ведущей мотивации; освобождает организм от чрезвычайно большого количества степеней свободы и тем самым способствует формированию интеграла афферентных возбуждений; и, наконец,

является тем переходным моментом, после которого все комбинации возбуждений приобретают исполнительный, эффекторный характер.

Далее следует уточнить, что адекватное представление о функционировании организма как системы должно опираться на три следующих принципа. Во-первых, при формировании организмом функциональной системы, при принятии им решения о некой результирующей реакции не существует сколь-либо значимого отличия между «внешними» и «внутренними» обстоятельствами, все они «берутся в оборот», все они рассматриваются как совокупность условий, требующих неких действий. Во-вторых, неверно полагать ту или иную реакцию «психической» или «телесной», поскольку всякая реакция организма всегда комплексна и неизбежно включает в себя компоненты обеих сторон указанной виртуальной оппозиции. В-третьих, «телесные» («физические») проявления, как правило, предъявляются организму в двух ипостасях: с одной стороны, через непосредственную афферентную импульсацию (с «места событий»), с другой стороны – в системе опосредованной психической репрезентации, то есть оцененными, означенными и т. п.

Схема № 2

Принципиальная модель психических расстройств с соматическими проявлениями и соматических заболеваний с психической обусловленностью и клиникой



Приложение указанных теоретических концепций к психосоматической проблематике, при учете представленных оговорок, позволяет сформулировать принципиальную модель психических расстройств с соматическими проявлениями и соматических заболеваний с психической обусловленностью и клиникой (Курпатов А.В., Аверьянов Г.Г., 2001).

Таковым в общем виде представляется психосоматический континуум, который, конечно, манифестирует себя лишь как некий интеграл двух представленных векторов: психосоматического и соматопсихического.

Сущность практического применения психосоматического подхода состоит в том, что предметом исследования и точкой приложения лечебных воздействий является не заболевание как таковое, а больной. Учет психического фактора, о котором и пойдет сейчас речь, позволяет не только увеличить результативность работы врача-кардиолога, но, как это ни парадоксально прозвучит, и существенно облегчает решение стоящих перед ним задач. Врач и его пациент представляют собой альянс, цель которого справиться с недугом, а для этого недостаточно назначить адекватное соматотропное лечение, необходимо также воздействовать на пси-

хическую составляющую патологии (этиопатогенетическую и клиническую), а для этого необходимо знать, что она из себя представляет и каким образом эта работа должна проводиться.

Иными словами, нам предстоит рассмотреть следующие вопросы. Во-первых, роль психического фактора в кардиологической патологии. Во-вторых, психическое состояние кардиологического больного. В-третьих, психологические факторы и условия интенсификации лечебного процесса. В-четвертых, возможности использования психофармакологических и психотерапевтических средств в комплексном лечении кардиологического больного.

Часть вторая

Психический фактор в кардиологической патологии

Психический фактор в кардиологической патологии разворачивается в нескольких направлениях и ипостасях.

- Во-первых, он может выступать в качестве агента, инициирующего соматическую патологию, в этом случае говорят о психогенезе соматического расстройства, которое и называют собственно психосоматическим заболеванием.

- Во-вторых, психический фактор может выступать не в качестве этиологической (в прямом смысле этого слова) силы соматического расстройства, а лишь как предрасполагающий к нему фактор, то есть как условие, которое делает данное заболевание более вероятным.

- В-третьих, следует помнить, что психический фактор может в значительной степени определять клинику или, если угодно, симптоматику, то есть проявление соматического заболевания.

- В-четвертых, психические расстройства могут утяжелять течение соматического заболевания, снижать эффект терапии, способствовать хронизации этого страдания и увеличению сроков его лечения. При этом психическое расстройство может быть и психогенным (нозогения или частный ее случай – ятрогения), и соматогенным.

- В-пятых, психический фактор играет одну из ведущих ролей в возникновении так называемых функциональных соматических расстройств. Впрочем, как и в случае четвертой позиции, здесь мы имеем дело не столько с соматическим страданием, сколько собственно с психическим расстройством, которое проявляется соматическими симптомами.

Наиболее существенными в данном контексте, когда речь идет о собственно *кардиологическом* больном, следует считать первые три позиции, которые мы и разберем более подробно на примере гипертонической болезни, атеросклероза и стенокардии напряжения, а также собственно инфаркта миокарда.

Этиологическая роль психического фактора: гипертоническая болезнь

Этиологическая роль психического фактора в развитии эссенциальной гипертонии, составляющей от 80 до 90 % случаев гипертонической болезни,²⁴ уже ни у кого не вызывает сомнений. Не случайно пропедевтика учит, что замеры артериального давления должны в обязательном порядке проводиться как в начале беседы с пациентом, так и в ее середине или ближе к концу. Таким образом предупреждается возможность неадекватной оценки соматического состояния больного, который, просто реагируя на появление врача (как человека чрезвычайно субъективно значимого для больного), может «предъявить» в первые минуты разговора с ним цифры артериального давления, не соответствующие реальному положению дел.

Любому врачу хорошо известны и случаи так называемой экзаменационной гипертензии, а также военной, полетной, госпитальной и т. п. Ситуации массового повышения артериального давления были отмечены и у жителей блокадного Ленинграда, и у жителей Ашхабада

²⁴ Превалирование эссенциальной гипертонии над другими формами этого заболевания зависит от степени индустриализации (урбанизации) условий жизни людей. Чем выше уровень индустриализации – тем больший удельный вес именно эссенциальной гипертонии. Показательны следующие наблюдения: у негров Кении, Сенегала и Нигерии при относительно традиционном образе жизни достаточно низкий уровень артериальной гипертензии, однако негритянское население больших городов США страдает этим заболеванием даже чаще, чем белые жители, при одинаковых в этих группах привычках в еде и сходстве образа жизни (Бройтигам В., 1999).

сразу после землетрясения. П.И. Буль в одном из исследований рассказывает о том, что у всех жителей затопленного во время разлива реки населенного пункта было зафиксировано повышение артериального давления (Буль П.И., 1968).

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.