

Основы психосоматики

В **определении здоровья** Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) подчеркивается **неразрывное единство психического, соматического и социального начал** (WHO, 2002). «Тело и душа, сома и психика - писал М. Черноруцкий (1954) неотделимы друг от друга; они составляют неразрывное и целостное единство. Их разделение и вытекающее отсюда отделение болезней тела от болезней духа, соматических заболеваний от психических является одним из самых печальных и вредных «недоразумений» и последствий медицинской специализации. Напротив, принцип единства психического и соматического обеспечивает комплексный подход к клиническому обследованию и лечению пациента, необходимый для всех медицинских специальностей (Александровский Ю.А., 2002; Циркин С.Ю., 2001; Москаленко В.Ф., 2004), а междисциплинарный, «холистический» подход (Ястребов В. С. и др., 2008; Незнанов Н. Г., Акименко М.А., Коцюбинский А.П., 2013) представляется принципиально важным при рассмотрении всех вопросов, касающихся здоровья и болезни.

Психосоматическая медицина – научно-практическое направление медицины, исследующее роль психосоциальных факторов в этиологии, патогенезе и динамике соматических заболеваний и использующее полученные знания в их профилактике и терапии.

В более широком смысле **психосоматическая медицина понимается как медицина, реализующая комплексный биопсихосоциальный подход** к больному, учитывающая своеобразие взаимодействия (взаимозависимостей) психического и соматического в норме и при патологии.

При рассмотрении **психосоматического аспекта** этого взаимодействия исследуются, например:

- роль острого или хронического эмоционального стресса в развитии соматического заболевания;
- роль личностных особенностей и особенностей семейных взаимоотношений в развитии соматической патологии;
- влияние эмоциональных состояний на течение заболевания;
- влияние отношения к болезни (внутренней картины болезни) и личностных особенностей на успешность преодоления стресса болезни;
- добросовестность в выполнении медицинских рекомендаций, в целом на результаты терапевтического процесса.

При изучении **соматопсихического аспекта** зависимостей между психическим и соматическим в **центре внимания могут находиться :**

- психические нарушения вследствие нейротоксических эффектов соматического заболевания;
- закономерности многоуровневого отражения заболевания в психике больного (механизмы формирования внутренней картины болезни);
- особенности формирования личности и системы ее ценностных ориентаций в ситуации хронической болезни (изменение иерархии мотивов и ценностей в связи с угрозой базовым потребностям;
- переосмысление ценности здоровья и духовных ценностей; изменение системы отношений).

Психосоматическая медицина исходит из того, что возникновение соматических проявлений заболевания детерминировано сложным взаимодействием факторов окружающей человека социальной среды и свойственных ему психологических и физиологических особенностей. При этом большое значение придается:

а) роли стресса в развитии и течении функциональных и соматических (органических) заболеваний;

б) связи патохарактерологических и поведенческих особенностей (как константных характеристик психического диатеза) с предрасположенностью (уязвимостью) индивидуума к болезни;

в) внутренней картине болезни как вторичной психологической защите (Вид В.Д., 1991), проявляющейся в гипернозогнозии или гипонозогнозии;

г) влиянию некоторых методов лечения на психическое состояние пациентов.

Представление о сложных соотношениях между психическим и соматическим, обеспечивающих функционирование человека, отражено в понятии **кольцевых психосоматических-соматопсихических зависимостей**. Примеры подобных зависимостей многообразны.

В частности, установлено, что депрессия повышает вероятность развития сердечно-сосудистых заболеваний, ухудшает медицинский прогноз за счет сопутствующих нейроэндокринных изменений, снижения приверженности больного лечению, повышения напряженности и стрессогенности взаимоотношений в его семье, затруднения взаимодействия с врачом и т.д.

С другой стороны, сами соматические заболевания, приводя к системным физиологическим, биохимическим сдвигам в организме, выступая в качестве источника эмоционального стресса и психотравмы, способствуют развитию депрессии и в целом ухудшают прогноз при уже имеющихся психических нарушениях.

Взаимосвязь между психическим и физическим (соматическим) является естественным интегрирующим механизмом функционирования человека. Однако наибольшее внимание психосоматические и соматопсихические соотношения привлекают тогда, когда они сопряжены с проявлениями болезни – патологическими феноменами.

Виды психосоматических и соматопсихических нарушений:

В **«психосоматической медицине»**, соматопсихиатрии и неврологии выделяю следующие виды психосоматических и соматопсихических нарушений:

1. Психосоматические расстройства – соматические нарушения, возникающие вследствие воздействия комплекса психосоциальных факторов при наличии биоконституциональной предрасположенности.

2. Нозогенные расстройства – патологические личностные реакции на психотравмирующий факт болезни и ее последствий.

3. Ятрогенные расстройства – эмоционально-личностные расстройства, развивающиеся в связи с неосторожными замечаниями врача и проявляющиеся преимущественно неправильным интерпретированием симптомов и уверенностью в наличии серьезного заболевания.

4. Соматогенные расстройства – психические нарушения, развивающиеся вследствие нейротоксического эффекта соматического заболевания.

Виды психосоматических и соматопсихических нарушений:

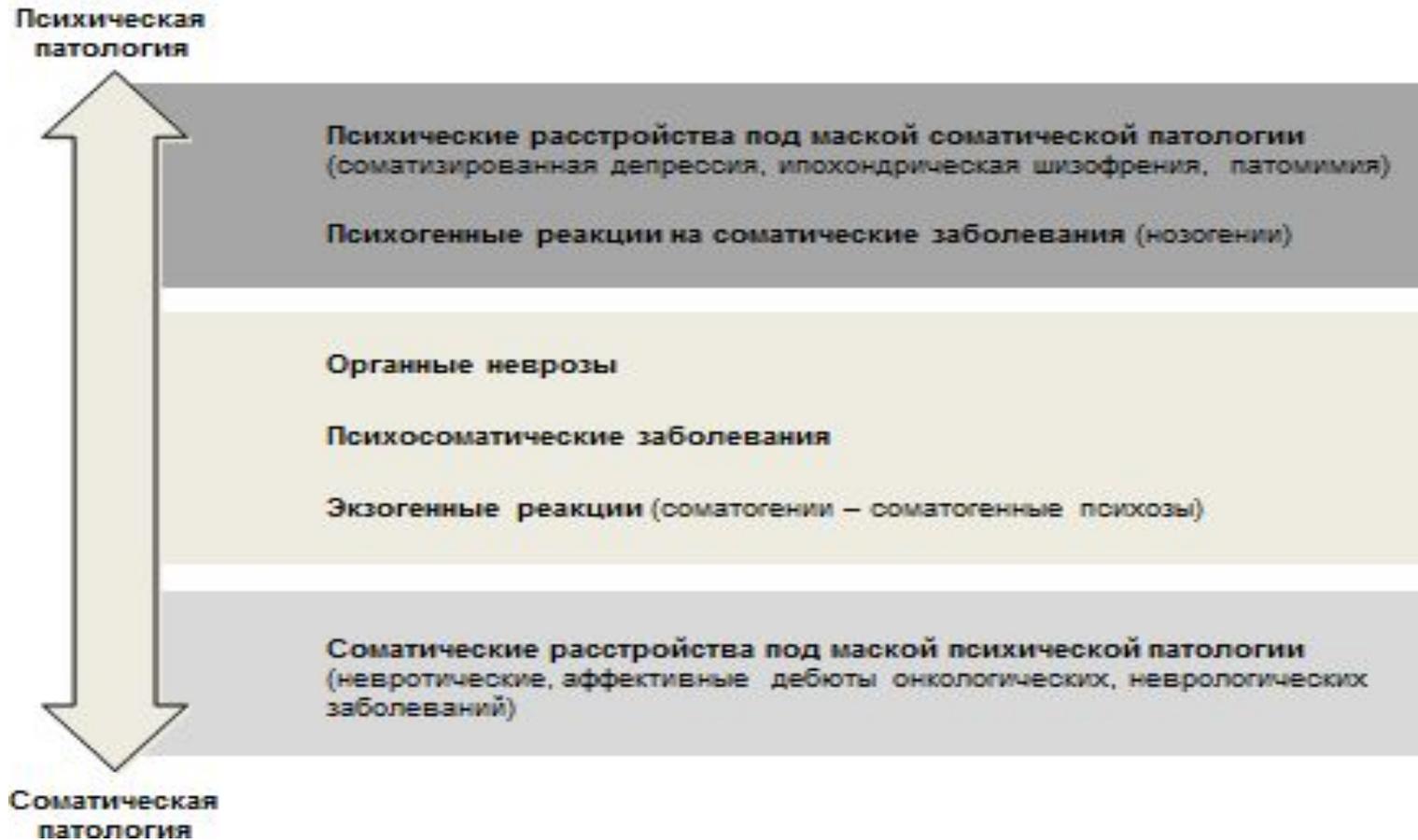
5. Психические расстройства, осложняющиеся соматической патологией (например, алкоголизм, расстройства пищевого поведения).

6. Соматоформные расстройства – психические расстройства, проявляющиеся соматическими жалобами, которые не имеют объективно регистрируемой органической основы либо по своей тяжести и устойчивости не соответствуют выявляемым соматическим расстройствам.

7. Диссоциативные (конверсионные) расстройства движений и ощущений – психические расстройства, проявляющиеся нарушением двигательных и сенсорных функций, которые имитируют органическую патологию и не могут быть объяснены структурным поражением нервной системы

Необходимо также учитывать такой вариант соотношений соматических и психических нарушений, когда психическое расстройство провоцируется соматическим заболеванием, то есть, манифестирует или обостряется на фоне соматической патологии. Соматические жалобы также могут отмечаться при любых психических расстройствах, в структуре психопатологических синдромов как невротического, так и психотического уровней.

Психосоматические расстройства (континуум)



Континуум психосоматических расстройств (по А.Б. Смулевичу)

Психосоматические расстройства

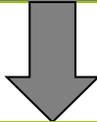
Психосоматические расстройства – соматические заболевания, в патогенезе которых существенную роль играют психосоциальные факторы.

В настоящее время, когда общепризнанным является наличие психосоциальных предпосылок (например, поведенческих факторов риска, эмоциональных расстройств, хронического стресса) для любого соматического заболевания, приписывание отдельным соматическим расстройствам статуса «психосоматических» считается некорректным, поскольку при этом создается ложное впечатление, что другие заболевания развиваются независимо от действия психосоциальных факторов.

Однако в ряде случаев роль психосоциальных факторов в развитии и динамике соматического заболевания становится настолько существенна, что без их учета эффективное лечение соматического расстройства оказывается невозможным. В таких случаях говорят о «психосоматическом варианте» развития заболевания.

В МКБ-10 наличие выраженного и специфического психосоматического компонента заболевания фиксируется кодом F54 – «Психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицированными в других рубриках».

Психосоматическое расстройство



Бронхиальная астма
Язвенный колит
Эссенциальная гипертония
Нейродермит (атопический дерматит)
Ревматоидный артрит
Язвенная болезнь желудка
Язвенная болезнь двенадцати перстной кишки

Это так называемая **«психосоматическая семерка»**
(«Holy Seven»):

В настоящее время к этой группе относят также ишемическую болезнь сердца, тиреотоксикоз, сахарный диабет, ожирение, а также психические расстройства, осложняющиеся соматической патологией (нервная анорексия нервная булимия и др).

Схема развития *психосоматических заболеваний* (по Ф. Александру, 2002)



Исходя из такого подхода, с таким же правом как «психосоматические» можно обозначить большинство хронических соматических расстройств, обнаруживающих взаимосвязи с психической сферой

Общие признаки психосоматических расстройств:

1. Хроническое течение.

2. Значительная роль психического стресса в проявлении, развитии и динамике заболевания.

3. Преморбидные характеристики личности больного, определяющие эмоциональную лабильность, трудности в межличностных взаимоотношениях, недостаточность навыков эффективного преодоления стресса и др.

4. Недостаточная эффективность традиционных схем и методов лечения соматической патологии.

5. Положительный эффект при применении психофармакотерапии и психотерапии.

Варианты развития психосоматического заболевания (по Ю.М. Губачеву)

- **Ситуационный (первично-психогенный) вариант.** Характеризуется ведущей ролью в патогенезе заболевания длительно воздействующих психотравмирующих условий.
- **Личностный вариант.** Определяется приоритетным значением в патогенезе заболевания личностных особенностей больного, связанных с эмоциональной лабильностью, склонностью к затяжным и сверхинтенсивным эмоциональным реакциям.
- **Церебральный вариант.** Характеризуется важной ролью органических нарушений центральной нервной системы, обуславливающих недостаточность регуляторных механизмов эмоциональных переживаний и, соответственно, специфические («органические») особенности эмоционального реагирования: застойность, ригидность, вязкость, инертность эмоциональных процессов, тенденция к саморазвитию аффекта.

***Три направления в исследовании
психосоматической проблемы:***

- 1. Психологическое
(психодинамическое/характеро-
логическое)**
- 2. Психофизиологическое**
- 3. Интегративное**

1. Психоаналитические концепции

Freud S. (1895): «Конверсионная модель» психосоматических расстройств на основе истерического паралича руки, дисбазии, анестезии, аффективного приступа;

Согласно **Freud S.** вытесненные в подсознание недопустимые для личности стремления посредством защитного механизма конверсии находят свою реализацию в виде болезненных симптомов, которые прямо или символически удовлетворяют блокированную потребность.

1. Психоаналитические концепции

Теория «специфичности интрапсихического конфликта» (Alexander F. ,1951):

Alexander F., полагал, что выбор органа обусловлен характером подавляемых или вытесненных стремлений или переживаний вследствие специфических интрапсихических конфликтов.

Этот выбор опосредован реакцией вегетативной нервной системой: при хроническом подавлении определенных эмоций происходит активация симпатической или парасимпатической нервной системы, что повышает вероятность развития соматических заболеваний.

Так, например, к расстройствам сердечно-сосудистой системы предрасполагает хроническое подавление гнева, а тревога, вызванная фрустрированной потребностью в любви повышает вероятность развития бронхиальной астмы и расстройств ЖКТ.

1. Психоаналитические концепции

Современный подход к конверсионной теории в психосоматике **(Brautigam W., Christian P. , 1986)**

Согласно современному взгляду на развитие психосоматических расстройств, для конверсии характерны:

- 1. Прямой переход из психической сферы в соматическую**
- 2. Удержание вне сознания вытесненной либидозной энергии, ее переход в соматическую иннервационную энергию**
- 3. Возникновение физических симптомов, символически выражающих содержание бессознательных переживаний и таким образом доступных для толкования**
- 4. Появление симптомов, относящихся к сфере произвольной моторики и сенсорных функций**
- 5. Связь классической конверсионной симптоматики с сексуальным конфликтом.**

1. Характерологически-ориентированные концепции

Гиппократ, Гален (IV в. до н.э.): Сродство темпераментов с определенными заболеваниями;

Впервые **Гиппократом** и **Галеном** было выявлено сродство темпераментов по отношению к определенным болезням. Так, считалось, что сангвиникам свойственны расстройства кровообращения, холерикам и меланхоликам – заболевания печени, флегматикам – желудочно-кишечная патология.

Направление Гиппократа и Галена получило свое развитие в XX веке

Кречмер Э.Г. (1924): Связь типов темпераментов с соматической патологией;

Э. Кречмер находил склонность:

у **лептосомов** к легочному туберкулезу, язве желудка;

у **пикников** – к ревматизму, атеросклерозу, печеночным болезням;

у **атлетов** – к эпилепсии, мигрени.

1. Характерологически-ориентированные концепции

Теория «личностного профиля» (Dunbar F., 1943):

Dunbar F. описаны профили личности для 8 заболеваний: ревматоидный артрит, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, бронхиальная астма, язвенная болезнь и др.

Dunbar F. на основании изучения социально-психологического анамнеза более полутора тысяч пациентов сделала вывод об общности личностных черт у больных с одинаковыми диагнозами (как правило, хроническими заболеваниями).

Согласно ее концепции, **каждому психосоматическому заболеванию** соответствует **определенный тип личности**, специфическая констелляция личностных черт, «личностный профиль» (например, коронарный, язвенный тип личности и т.д.).

Основным аргументом «против» этой концепции явилось наличие в клинической картине «синдрома замены» («мигрирующий психосоматический синдром»). Под ним понимают замену клинического типа заболевания в случае успешного симптоматического лечения предшествующей психосоматической симптоматики. Например, язвенная болезнь была успешно вылечена хирургически, однако в дальнейшем развивается гипертоническая болезнь. Кроме того, наличие конкретных, описанных

1. Характерологически-ориентированные концепции

Понятие А- и Б- типов личности (Friedman M., Rosenman R. , 1960):

Понятие о чрезмерно усиленных реакциях поведения при данных типах.

Концепция поведения типа А. Поведенческий тип А («коронарный тип») как фактор риска ишемической болезни сердца был описан американскими кардиологами **Friedman M., Rosenman R., (1959)**. Тип А включает следующие характеристики, проявляющиеся в поведении:

- амбициозность
- агрессивность
- соревновательность
- нетерпеливость.

Противоположным типу А является тип Б, который характеризуется выдержанностью, неторопливостью, отсутствием тенденции к соперничеству, гибкостью, уравновешенностью. В масштабных проспективных исследованиях было показано, что наличие поведения типа А в 2 раза повышает вероятность развития ишемической болезни сердца. В 1981 году Национальный институт США по исследованию сердца, легких и крови (National Heart, Lung and Blood Institute) официально признал поведение типа А фактором риска ишемической болезни сердца.

1. Характерологически-ориентированные концепции

Модель «потери или угрозы потери объекта привязанности» (Engel G.L., 1962)

Engel G.L. в 1962 описал так называемую **«модель потери или угрозы потери объекта привязанности»** (понимаемую как реакцию «сохранения-ухода» или, иначе, как реакцию потери индивидуумом «ключевой фигуры»). Автор показал, что такие тяжелые соматические заболевания, как лейкемия, язвенный колит у взрослых и детей часто развиваются вслед за потерей «ключевой фигуры», игравшей наибольшую роль в жизни человека.

Engel G.L. выдвинул идею о том, что психосоматические больные рассматривают представление о «ключевой фигуре» как о средстве, жизненно необходимом им для успешной адаптации, отсутствие которого и приводит к заболеваниям.

1. Характерологически-ориентированные концепции

«Теория процессов совладания» (копинг-поведения) (Lazarus R.S., 1976)

Lazarus R.S., (1976) считал, что **психосоматические расстройства** представляют собой результат взаимодействия между личностью и окружением, сформулировав **«теорию процессов совладания» (копинг-поведения)**.

Характер и выраженность психосоматических нарушений определяются, согласно этой теории, структурой личности, ее системой ценностей, мотивациями и способностями. Ожидания и действия по-разному переживаются людьми в зависимости от их веры в собственные возможности, от удовольствия, получаемого ими от своей деятельности, или от характера честолюбия.

Процессы совладания с ситуацией, или копинг-стратегии (совокупность личностных процессов, направленных на достижение адаптации к стрессу, контроля над этими процессами, сохранения деятельности на фоне стресса) определяются личностными особенностями и значением ситуации для человека. Процессы совладания являются частью аффективной реакции, и от них зависит сохранение эмоционального гомеостаза.

2. Психофизиологическое направление

Психофизиологические теории появились вслед за психоаналитическими и характерологически-ориентированными концепциями и представлены, например, концепцией «специфичности личности по способу функционального ответа».

Один из основоположников психофизиологического направления в психосоматической медицине **И. Вольф (Wolf I., 1953)**, автор монографии «**Стресс и болезнь**», отмечал, что *отсутствует константная и очерченная психосоматическая специфичность личностного конфликта, а специфичным в психосоматическом заболевании является способ функционального ответа на стресс*. Опираясь на идеи Г. Селье, он утверждал, что *каждому человеку свойственен определенный набор физиологических реакций, возникающих в ответ на стрессовые воздействия и определяемых наследственными факторами*.

2. Психофизиологическое направление

Психофизиологическое направление

имеет целью установление взаимосвязи между отдельными психофизиологическими феноменами (например, некоторыми неокортикально-лимбическими соотношениями) и динамикой висцеральных проявлений (активацией органических функций).

Принципиальной основой концепции является представление о функциональных системах.

2. Психофизиологическое направление

Основным постулатом **теории функциональных систем** служит положение о том, что **ведущим системообразующим фактором** является **полезный для системы и организма приспособительный результат** [Анохин П. К., 1975, 1980; Судаков К. В., 1984, 2003; Шанин В. Ю., Кропотов С. П., 1997; Шанин В. Ю., 2003], являющийся важным фактором информации системы о достигнутом адаптационном эффекте.

Слаженная работа функциональных систем - это основа гомеостаза организма. В случае заболевания таким системообразующим фактором являются биологические и психологические адаптационно-компенсаторные возможности больного, определяющие характер его социального функционирования [Коцюбинский А. П., и др., 2004]

2. Психофизиологическое направление

Теория функциональных систем стала концептуальным мостом между психологической и физиологической составляющими психосоматики и явилась основополагающей для системной адаптационной модели формирования психосоматических расстройств.

Последняя предполагает целостное видение объекта, выделение структуры элементов и характера их взаимодействия между собой, а всей системы — с «внешним миром», учет развития как всей системы в целом, так и ее элементов и т.д.

2. Психофизиологическое направление

Психофизиологическое учение И.П. Павлова (1923)

Психофизиологическое учение И.П. Павлова (1923) внесло существенный вклад в формирование психофизиологической концепции психосоматических расстройств (теория рефлекторной основы психической деятельности). Выдающийся ученый рассматривал условный рефлекс как элементарное психическое явление, которое только потому доступно физиологическому исследованию, что одновременно является и физиологическим феноменом. И.П. Павлов при изучении механизмов пищевого рефлекса показал влияние факторов внешней среды (через центральную нервную систему - ЦНС) на вегетативные функции, что послужило толчком для **условно-рефлекторного моделирования психосоматических заболеваний**. Продолжая традиции русской физиологической школы, этот исследователь в своей теории **«экспериментального невроза»** рассматривал возможность **возникновения соматического заболевания** в результате либо сверхсильной, либо длительной стимуляции нервной системы. В качестве психофизиологической основы для формирования патологического условного рефлекса рассматривалась зона запредельного торможения (застойного возбуждения), образующаяся в ЦНС.

Именно И.П. Павлову принадлежит первая попытка применения теории высшей нервной деятельности к объяснению интрацептивных феноменов.

2. Психофизиологическое направление

Кортико-висцеральная теория его ученика (И.К.Быков И.К., 1947)

Кортико-висцеральная теория адаптировала теорию «*экспериментального невроза*» к новым данным, касающимся вопросов иннервации внутренних органов (попытка найти обратное центростремительное влияние от внутренних органов на кору). К. М. Быков показал, что сигнализация от внутренних органов может включаться в общие механизмы условно-рефлекторной интегративной деятельности мозга.

Позже эта теория была дополнена **В.Н. Черниговским (1960)**, утверждавшим, что корковый контроль присутствует лишь при динамических изменениях внешней нагрузки, а в состоянии покоя висцеральные органы не подчиняются влияниям коры.

2. Психофизиологическое направление

К.М. Быков и И.Т. Курцин (1960) сформулировали гипотезу о кортико-висцеральном происхождении психосоматических расстройств и экспериментально доказали влияние интерорецепции на функции коры и ствола головного мозга.

Было сделано предположение, что **пусковым механизмом психосоматических заболеваний** являются как факторы внешней, так и внутренней среды, а также нарушения экстеро- и интерорецепции, приводящие к дисбалансу процессов возбуждения и торможения в головном мозге.

2. Психофизиологическое направление

Нейрофизиологическое направление

(Анохин П.К., 1978; Бехтерева Н.П., 1980; Курцин И.Т., 1973)

Нейрофизиологическое направление изучает нейрофизиологическое обеспечение стойких патологических состояний и объясняет возникновение психосоматических расстройств нарушенными кортико-висцеральными взаимоотношениями.

Суть теории заключается в том, что **нарушения кортикальных функций рассматриваются как причина развития висцеральной патологии.** При этом учитывается, что все внутренние органы имеют свое представительство в коре головного мозга. Влияние коры больших полушарий на внутренние органы осуществляется посредством лимбико-ретикулярной, вегетативной и эндокринной систем.

2. Психофизиологическое направление

Нейрогуморальное направление

(Виноградов В.А., 1983; Успенский В.М., 1980; Циммерман Я.С., 1992)

В рамках психоэндокринного и психоиммунного направления исследований (изучается широкий спектр нейро-эндокринных и нейрогуморальных феноменов у больных с психосоматическими заболеваниями (определение уровня катехоламинов, гипофизарных, тиреоидных и др. гормонов, специфика иммунограмм)).

Нейрогуморальное направление

Теория вегетативного сопровождения эмоций (Cannon W.B., 1932)

К нейрогуморальным теориям относят ***теорию вегетативного сопровождения эмоций Cannon W.B. (1932)***, согласно которой ***эмоции эволюционно представляют собой психофизиологическую реакцию на стрессовое событие***, подготавливающую организм к одному из двух типов реакции: ***борьба (гнев) или бегство (страх)***.

В современных условиях эти реакции физиологически не претерпели изменений, однако полностью лишились своего моторного компонента, оставаясь представленными в виде эмоциональных переживаний и соматовегетативных реакций. Последние могут быть источником нарушений со стороны внутренних органов.

Описанный ***Cannon W.B*** симптомокомплекс соответствует первой стадии развития стресса по Г. Селье – стадии тревоги.

3. Интегративное направление

Интегративные теории (Uexkull Th., 1990; Weizsaker V., 1937) призваны оценить и объединить современное состояние знаний в области психосоматической медицины, и с этой точки зрения немыслимы без биопсихосоциального понимания природы болезненных состояний.

Биопсихосоциальный подход рассматривает человека в его естественном развитии и устанавливает связи здоровья и болезни индивидуума с его окружением, которое он не только воспринимает, но, по мере возможности, создает сам. В этом отношении интегративная концепция существенно отличается от традиционной точки зрения, согласно которой болезнь является замкнутой системой, вызываемой патогенетическим агентом и проявляющейся структурным нарушением.

Интегративный подход стремится обратить внимание на многочисленные факторы, влияющие на предрасположенность, проявление, поддержание и различное течение расстройств, их последствия для больного, его семьи и общества в целом (Вайнер Г., 1981).

3. Интегративное направление

Интегративный подход в психосоматике рассматривает здоровье и болезнь в контексте сложного **биопсихосоциального взаимодействия**.

В интегративных моделях подчеркивается многофакторность этиологии и патогенеза любого заболевания, необходимость рассмотрения его с системных позиций, исследование психосоматических и соматопсихических соотношений в контексте функционирования сложно организованной системы, взаимодействующей с окружающим миром в его многообразных проявлениях.

3. Интегративное направление

Именно в этом контексте **А.Б. Смулевич с соавторами (1999)** выдвинули клиническую гипотезу относительно механизмов формирования психосоматических расстройств.

В соответствии с ней формирование системы психосоматических соотношений рассматривается **не в аспекте однонаправленного** (психо- и соматоцентрический вектор) влияния психических или соматических факторов, а с **учетом их взаимодействия.**

Выдвинутая авторами гипотеза рассмотрена на модели взаимодействия личности (как характерологической или патохарактерологической структуры) и соматических заболеваний

3. Интегративное направление

При этом анализируются наиболее типичные варианты такого взаимодействия, реализующегося как на психологическом (внутренняя картина болезни), так и на клиническом (нозогенные реакции, возникающие как реакция личности на психотравмирующее воздействие соматического заболевания и относящиеся к реактивным состояниям) уровне.

Среди основных факторов нозогенных реакций отмечены: «семантика» диагноза, клинические особенности заболевания, ограничения, налагаемые соматическим страданием на бытовую и профессиональную деятельность.

Авторы отмечают, что исследование психосоматических соотношений требует разработки специальных методологических подходов, предусматривающих отказ от традиционной систематизации личностных расстройств и проявлений соматических заболеваний

Психические расстройства в общесоматической практике

Распространенность психических расстройств, выявляемых в медицинских учреждениях общей сети, в 1,5–5 раз выше, чем в населении. При некоторых соматических заболеваниях (онкологические, сердечно-сосудистые) отдельные депрессивные и тревожные проявления могут отмечаться в 90% случаев.

Прогнозируется дальнейший рост клинически очерченных депрессивных, тревожных, ипохондрических расстройств и некоторых субсиндромальных нарушений, формирование которых происходит в связи с прогрессирующими жизнеугрожающими соматическими заболеваниями.

Это обуславливает актуальность своевременной диагностики и адекватной терапии психических расстройств в общей медицине.

Психические расстройства в общесоматической практике

Особенности диагностики и клиники расстройств психосоматического спектра в общемедицинской практике:

- преобладание соматических жалоб над психологическими,
- «психологизация» клинических явлений,
- патоморфоз многих соматических страданий (40% - стертые, атипичные проявления заболевания),
- низкая эффективность диагностики (около 50% расстройств не диагностируются, а адекватный диагноз ставится лишь в 1/3 случаев),
- хронизация патологического процесса,
- невротический уровень психических расстройств,
- поликаузализм психических расстройств,
- преобладание аффективных расстройств,
- коморбидность (в 37,9% случаев – два и более психических расстройства),
- многофакторность конечного терапевтического результата.

Психические расстройства в общесоматической практике

Диагностические единицы психосоматических расстройств

- Заболевания внутренних органов: артериальная гипертензия, бронхиальная астма, язвенная болезнь, неспецифический язвенный колит, ревматоидный артрит, нейродермит, ИБС (ишемическая болезнь сердца), сахарный диабет.
- Заболевания с минимальным органическим поражением структурных элементов организма: дискинезия желчевыводящих путей, синдром раздраженной толстой кишки, психогенные запоры и поносы, дисфагия, гипервентиляционный синдром и др.
- Традиционные психиатрические расстройства, психопатологические синдромы: нервная анорексия, булимия, дисморфофобия, ипохондрия, конверсионные расстройства, соматоформные болевые расстройства, соматизированные личностные расстройства, синдром соматоформной вегетативной дисфункции, соматизированная депрессия, нозогенные расстройства, ятрогенные расстройства.

Психические расстройства в общесоматической практике

Диагностика и лечение психических расстройств в общемедицинской практике осуществляются на основе Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», в котором указано:

- **Врачам первичного звена здравоохранения всех специальностей не запрещается давать предварительное заключение о состоянии психического здоровья пациента** при вынесении сугубо медицинских решений в ходе оказания медицинской помощи. Как правило, такие предварительные заключения носят синдромальный характер.
- Согласно законодательству, на «предварительном» заключении о психическом состоянии гражданина не могут базироваться решения о предоставлении льгот, предусмотренных для лиц с психическими заболеваниями, освобождении от некоторых обязанностей (например, воинской), а также вынесение заключения о пригодности или непригодности гражданина к различным видам профессиональной деятельности».

Психические расстройства в общесоматической практике

Этапы диагностики психических расстройств в общемедицинской практике

1 этап. Выявление основных признаков психических расстройств:

- необычная симптоматика, необъяснимые соматические жалобы
- жалобы на психическое состояние
- нарушение режима терапии (нонкомплаентность)
- неадекватные страхи (врачей, препаратов, обследований)
- необычность поведения, отклоняющегося от культуральных норм
- трудности контакта
- наличие психосоциального стрессора.

Психические расстройства в общесоматической практике

Этапы диагностики психических расстройств в общемедицинской практике

2 этап. Предварительный диагноз:

- носит синдромальный характер (например, «депрессивный синдром»)
- может ставиться врачом-интернистом, прошедшим специальную подготовку
- не имеет правовых и социальных последствий
- может быть основанием для назначения психотропной терапии и проведения лечения.

Психические расстройства в общесоматической практике

Этапы диагностики психических расстройств в общемедицинской практике

3 этап. Окончательный диагноз:

- носит развернутый характер
- ставится психиатром
- имеет социальные и правовые последствия:
недобровольная госпитализация, экспертные вопросы.

Психические расстройства в общесоматической практике

Условия лечения пациентов в учреждениях общей медицинской практики

В связи с преобладанием в общей медицине психических расстройств невротического уровня, преимущественно аффективных, не превышающих умеренной степени выраженности, в большинстве случаев условия проведения терапии оказываются амбулаторными.

Показания для лечения больных в учреждениях общей медицинской практики:

- легкие и умеренно выраженные расстройства аффективного спектра невротического уровня, проявляющиеся, в частности, соматовегетативными (псевдосоматическими) симптомами.

Противопоказания для лечения больных в учреждениях общей медицинской практики:

- биполярные формы аффективных расстройств;
- тяжелые, в т. ч. психотические расстройства;
- аффективные расстройства, устойчивые к стандартной терапии (если это известно из анамнеза или обнаруживается в процессе терапии);
- беременность;
- злоупотребление алкоголем, психоактивными средствами;
- суицидальные попытки в анамнезе.

Стационарное лечение показано при выраженной психологической и социальной дезадаптации больного, резистентных состояниях (для подбора терапии).



Возможный алгоритм оказания психиатрической помощи пациенту общей врачебной практики

Психические расстройства в общесоматической практике

Психотерапия психосоматических расстройств

На достижение оптимальных результатов при проведении психотерапии влияют 5 факторов:

- ***точность диагностики***
- ***выбор препарата***
- ***доза препарата***
- ***продолжительность лечения***
- ***контакт с больным.***

Для больных с психосоматическими расстройствами особенно важным является психотерапевтический контакт с врачом и оптимизация лечения, которая должна учитывать не только медикаментозный эффект, но, прежде всего, безопасность терапии, т.е. минимизацию побочных эффектов.

Следует заметить, что у психосоматических больных может быть выражен плацебо-эффект проводимой лекарственной терапии.

Основные принципы психотерапии психических расстройств в психосоматике

1. Психотропные средства показаны при преобладании в клинической картине тревожно-фобических расстройств, ипохондрических фобий.
2. Выбор психотропных средств определяется выраженностью психопатологии.
3. В случаях психопатологической незавершенности клинических расстройств (субсиндромальные состояния), их нестойкости и эпизодической манифестации, как правило, достаточно использования транквилизаторов.
4. Могут использоваться медикаменты, традиционно рассматриваемые как соматотропные, но обладающие и нерезко выраженным психотропным эффектом: препараты группы β -блокаторов, обнаруживающие анксиолитический эффект (нифедипин и верапамил), обладающие нормотимическими свойствами.
5. При психопатологически завершенных формах заболевания выбор психотропных средств определяется структурой синдрома. Назначения осуществляются в соответствии со «стандартными» показаниями в зависимости от структуры психопатологических р

Основные принципы психофармакотерапии психических расстройств в психосоматике

6. Выбор препаратов осуществляется на основании баланса эффективности и переносимости/безопасности.
7. Малая потребность в средствах с мощным психотропным действием обеспечивает возможность широкого применения психотропных средств с минимальными побочными эффектами и низким потенциалом лекарственных взаимодействий.
8. Требуются минимальные терапевтические /субтерапевтические стартовые дозы (относительно «стандартных» рекомендаций) с постепенной титрацией в зависимости от индивидуальной эффективности и переносимости (соблюдение терапевтического уровня дозы, которая бы не приводила к развитию клинически значимых побочных эффектов).
9. Необходима длительная и непрерывная терапия с учетом наличия стрессовой ситуации и полиморфизма триггерных факторов (нозогенных, соматогенных, ятрогенных).
10. Для большинства психотропных препаратов минимальным сроком, необходимым для определения их эффективности, являются 2-3 недели

Нервная анорексия

Нервная анорексия (лат. *anorexia nervosa*) (от др.греч. ἀν- «без», «не» и ὄρεξις — «позыв к еде, аппетит») — расстройство приема пищи, характеризующееся преднамеренным снижением веса, вызываемым и/или поддерживаемым самим пациентом, в целях похудения или для профилактики набора лишнего веса.

Чаще встречается у девушек.

Многими специалистами признаётся разновидностью самоповреждения.

При анорексии наблюдается патологическое желание потери веса, сопровождающееся сильным страхом ожирения. У больного наблюдается искажённое восприятие своей физической формы и присутствует беспокойство об увеличении веса, даже если такого в действительности не наблюдается.

Нервная анорексия

Распространённость:

Чаще всего анорексией страдают молодые женщины и девочки. По приблизительным оценкам, хотя бы раз в жизни пострадали от проблем, связанных с анорексией от 0.9% до 4.3% женщин и от 0.2 % до 0.3 %

Этиология:

Причины анорексии делятся на биологические (генетическая предрасположенность), психологические (влияние семьи и внутренние конфликты), а также социальные (влияние окружающей среды: ожидания, подражания, в частности диеты).

Анорексию принято считать женским заболеванием, которое проявляется в подростковом возрасте

Факторы риска

Генетические факторы. Анализ сцепления генов в пределах генома не обнаружил локусы для широкой диагностической категории нервной анорексии, однако анализ родословных как минимум одной пары родственников с ограничительным типом нервной анорексии определил сцепление с хромосомой 1p34 (Grice et al., 2002). Стремление к худобе и навязчивость наиболее тесно связаны с нервной анорексией, обуславливая новые генетические локусы на хромосомах 1 для смешанного показателя и 13 для стремления к худобе (Devlin et al., 2002). Исследования по изучению связей сфокусированы на изучении генов, имеющих отношение к специфическим нейрохимическим факторам пищевого поведения. Одним из таких кандидатов является HTR2A-ген серотонинового рецептора 5-HT_{2A}. Ген мозгового нейротрофического фактора (BDNF) также задействован как ген восприимчивости к нервной анорексии. Этот белок участвует в регулировании пищевого поведения на уровне гипоталамуса, в том числе и в регулировании уровня серотонина, снижение которого вызывает депрессию. Генетическая уязвимость, вероятно, заключается в предрасположенности к определённому типу личности, к психическому расстройству (аффективное расстройство или тревожное расстройство) или к дисфункции нейромедиаторных систем. Следовательно, генетическая предрасположенность и уязвимость могут проявиться в неблагоприятных условиях, например при неправильной диете или после эмоционального стресса.

Факторы риска

Биологические факторы — избыточная масса тела и раннее наступление первой менструации. Кроме того, причина заболевания может крыться в дисфункции регулирующих пищевое поведение нейромедиаторов, таких как серотонин, дофамин, норадреналин. Исследования наглядно продемонстрировали дисфункцию всех трех указанных выше медиаторов у пациентов с расстройствами пищевого поведения. Пищевые дефициты — дефицит цинка играет роль в анорексии, но не является причиной болезни. Есть доказательства, что это может быть фактор, который углубляет патологию анорексии. В 1994 году рандомизированное исследование показало, что цинк (14 мг в день) удвоил скорость увеличения массы тела по сравнению с пациентами, принимающими плацебо.

Факторы риска

Семейные факторы — больше шансов возникновения расстройства пищевого поведения у тех, кто имеет родственников или близких, страдающих нервной анорексией, нервной булимией или ожирением. При наличии члена семьи или родственника, страдающего депрессией, злоупотреблением алкоголем или наркотиками или или зависимостью от них, также повышается риск возникновения расстройства.

Личностные факторы — к психологическим факторам риска относятся перфекционистски-обсессивный тип личности, особенно для ограничительного типа нервной анорексии. Низкая самооценка, чувство собственной неполноценности, неуверенности и несоответствия требованиям являются факторами риска развития нервной анорексии.

Факторы риска

Культуральные факторы — к ним относятся: проживание в индустриально развитой стране и акцент на стройности (худобе) как главном признаке женской красоты. Стрессовые события, такие как смерть близкого родственника или друга, сексуальное или физическое насилие, также могут быть факторами риска развития расстройства пищевого поведения.

Возрастной фактор — с точки зрения психологов отечественной патопсихологической школы возраст является одним из важнейших условий определяющих предрасположенность к нервной анорексии. Группой риска является подростковый и юношеский возраст. В последние десятилетия наметилась динамика снижения возраста манифестации заболевания.

Антропологические факторы — с точки зрения доктора медицинских наук, психофизиолога Вадима Ротенберга, нервная анорексия связана с поисковой активностью человека.

Нервная анорексия

Главным побудительным мотивом к отказу от пищи является активная борьба с препятствиями, с тем вызовом, который бросает девушкам их собственный аппетит и все, кто хочет заставить их нормально есть. В этой борьбе проявляется поисковая активность, и процесс при этом, как обычно, важнее результата. Беспомощность — это отказ от поиска, капитуляция, и капитуляция перед вызовом, который во всех важных для них сферах бросает им жизнь, делает для них особенно значимой ту сферу, в которой они не капитулируют и остаются активными.

Анорексия — это процесс повседневного преодоления, борьбы, своеобразного поискового поведения, и именно этим ценна больным. Эта продолжающаяся отчаянная борьба способствует восстановлению самооценки, сниженной предшествующими капитуляциями. Страх вернуться к нормальному приему пищи — это не страх утраты контроля, это страх утраты вызова, делающего жизнь полноценной. Каждый несъеденный кусок пищи это победа, и она тем ценнее, чем в более напряженной борьбе одержана.

Вадим Ротенберг «Образ «Я» и поведение, глава «Анорексия: неправильно ориентированный поиск».

Нервная анорексии

Стадии заболевания:

Дисморфоманическая - преобладают мысли о собственной неполноценности и ущербности, в связи с мнимой полнотой. Характерно подавленное настроение, тревога, длительное рассматривание себя в зеркале. В этот период возникают первые попытки ограничивать себя в еде, поиск идеальной диеты.

Аноректическая - возникает на фоне стойкого голодания. Достигается снижение веса 20—30 %, что сопровождается эйфорией и ужесточением диеты, «чтобы похудеть ещё больше». При этом больной активно убеждает себя и окружающих в отсутствии у него аппетита и изнуряет себя большими физическими нагрузками. Из-за искажённого восприятия своего тела пациент недооценивает степень похудения. Объем циркулирующей в организме жидкости уменьшается, что вызывает гипотонию и брадикардию. Это состояние сопровождается зябкостью, сухостью кожи и алопецией. Ещё один клинический признак — прекращение менструального цикла у женщин и снижение полового влечения и сперматогенеза у мужчин. Также нарушается функция надпочечников вплоть до надпочечниковой недостаточности. Из-за активного распада тканей подавляется аппетит.

Кахектическая - период необратимой дистрофии внутренних органов. Наступает через 1,5—2 года. В этот период снижение веса достигает 50 % и более от своей должноствующей массы. При этом возникают безбелковые отёки, нарушается водно-электролитный баланс, резко снижается уровень калия в организме. Данный этап, как правило, необратим. Дистрофические изменения приводят к необратимому угнетению функций всех систем и органов и смерти.

Лечение нервной анорексии

В лечении ***нервной анорексии*** ключевыми элементами являются:

- ***улучшение соматического состояния***
- ***поведенческая психотерапия***
- ***когнитивная психотерапия***
- ***семейная психотерапия.***

Фармакотерапия в лучшем случае представляет собой дополнение к другим видам психотерапии.

Неотъемлемыми компонентами лечения являются алиментарная реабилитация и меры, направленные на восстановление массы тела.

Лечение нервной анорексии

Когнитивная психотерапия направлена на исправление искаженных когнитивных образований в виде восприятия себя толстым, определения собственной ценности исключительно в зависимости от образа собственного тела и глубокого чувства неэффективности и неполноценности.

Одним из элементов когнитивной терапии является **КОГНИТИВНОЕ реструктурирование**. При этом подходе пациенты должны найти специфические негативные мысли, составить перечень доказательств в пользу этих мыслей и перечень доказательств, опровергающих эти мысли, сделать обоснованный вывод и использовать его для управления собственным поведением.

Другой элемент когнитивной терапии - **решение проблем**. При этой процедуре пациент идентифицирует конкретную проблему, разрабатывает разные решения, рассматривает вероятную эффективность и осуществимость каждого решения проблемы, выбирает наилучшее, определяет этапы реализации этого решения, осуществляет его и затем оценивает весь процесс решения проблемы исходя из результата.

Ещё одним существенным элементом когнитивной терапии является **мониторинг**: пациент должен делать ежедневные записи в отношении приема пищи, включая тип съеденных продуктов, время приема пищи и описание окружающей обстановки, в которой принималась пища.

Семейная психотерапия особенно эффективна у людей младше 18 лет. Направлена на коррекцию нарушения отношения в семье, приводящую к развитию заболевания у ребёнка.

Лечение нервной анорексии

В программах ***алиментарной реабилитации*** обычно используют эмоциональную заботу и поддержку, а также разнообразные техники поведенческой психотерапии, которые предусматривают сочетание подкрепляющих стимулов, объединяющих физические упражнения, постельный режим, кроме того, отдается приоритет целевой массе тела, желательным формам поведения и информативной обратной связи.

Лечебное питание пациентов, страдающих нервной анорексией, составляет важную часть их лечения. При хроническом голодании потребность в энергии снижена. Следовательно, прибавке веса можно способствовать, обеспечивая вначале относительно низкое поступление калорий и затем постепенно его повышая.

Существует несколько схем наращивания питания, соблюдение которых гарантирует отсутствие побочных эффектов и осложнений в виде отеков, нарушения минерального обмена, поражения органов пищеварения.

Нервная анорексия

Исход болезни:

- Выздоровление
- Рецидивирующее (возобновляющееся) течение.
- Смерть в результате необратимых изменений внутренних органов.

По статистике, без лечения летальность больных нервной анорексией составляет 5—10 %.

В некоторых случаях, переболевшие нервной анорексией зарабатывают неконтролируемые переедания, что впоследствии приводит к набору веса и ряду психологических проблем другого характера.

Нёрвная булимiя

Нёрвная булимiя (от греч βοῦς - бык и λιμός - голод, также *вóлчий гóлод, кинорексiя*) — расстройство приема пищи, для которого характерны повторные приступы переедания и чрезмерная озабоченность контролированием массы тела, что приводит человека к принятию крайних мер, призванных уменьшить влияние съеденного на массу тела.

Нёрвная булимiя

Клинические проявления:

Переедание (то есть неконтрольное потребление пищи в большом количестве).

Регулярное применение методов, призванных оказывать влияние на массу тела и фигуру, таких как очищение желудочно-кишечного тракта (вызывание у себя рвоты, злоупотребление слабительными), строгое соблюдение диеты или голодание, изнуряющие физические упражнения.

Излишняя зависимость самооценки от фигуры и массы тела.

Многими специалистами признаётся разновидностью самоповреждения.

Для пациентов с булимией характерен, как правило, нормальный вес.

Тяга к перееданию может проявляться в виде одной из нескольких форм:

приступообразное поглощение большого количества пищи (аппетит при этом появляется внезапно);

постоянное питание (человек ест не переставая)

ночное питание (приступы голода случаются ночью).

Приступы переедания сопровождаются чувством мучительного голода, общей слабостью, болями в подложечной области.

Лечение нервной булимии

Лечение **антидепрессантами** следует проводить в том случае, если булимии сопутствует явное депрессивное расстройство. антидепрессанты могут назначаться также в том случае, если расстройству пищевого поведения сопутствуют неврозы, например **обсессивно-компульсивное расстройство**

Доказана эффективность при булимии **флуоксетина** - антидепрессанта группы ингибиторов обратного захвата серотонина.

Трициклические антидепрессанты.

Ингибиторы моноаминооксидазы.

Витаминотерапия - применяется для устранения дисбаланса витаминов и микроэлементов, который может возникать в ходе болезни),

Курс лечения внутренних органов (если присутствуют соответствующие осложнения булимии).

Лечение нервной булимии

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), в ходе которой ставится задача сделать самого пациента ответственным за контроль над своим питанием. Пациенты ведут записи, фиксируя потребляемую ими пищу и отмечая приступы рвоты; они стараются выявить внешние стимулы или эмоциональные изменения, которые предшествуют появлению тяги к перееданию, для того чтобы в дальнейшем исключить эти факторы или избегать их. Применяются процедуры для уменьшения ограничений в питании и для развития когнитивных и поведенческих навыков противодействия приступам переедания. Пациентов учат выявлять и изменять дисфункциональные мысли и установки, касающиеся их собственной фигуры, массы тела и питания, а также любые дисфункциональные мысли и установки, способствующие возникновению негативных эмоций, на фоне которых возникают приступы переедания].

Контролируемые исследования показали преимущество когнитивно-поведенческой терапии перед другими видами психотерапии и фармакологическим вмешательством. В среднем КПТ помогает избавиться от переедания и действий по очищению желудочно-кишечного тракта примерно 50 процентам всех пациенток, при этом в процентном выражении снижение частоты приступов переедания и очищения ЖКТ у всех пациенток, проходивших КПТ, составляет обычно 80% и больше.

Лечение нервной булимии

КПТ даёт хорошие и стойкие результаты: терапевтические изменения сохраняются на протяжении года и более. Продолжительное проспективное наблюдение после КПТ (средняя продолжительность = 5,8 года) показало, что приблизительно две трети пациенток не страдают нарушениями пищевого поведения. Особенностью КПТ при булимии также является быстрое действие: частота приступов начинает снижаться уже после нескольких первых сеансов терапии

Эффективность КПТ при булимии превосходит эффективность терапии одним препаратом-антидепрессантом (при этом терапевтические изменения, возникающие вследствие применения КПТ, сохраняются намного дольше, чем изменения вследствие терапии антидепрессантом), однако сочетание КПТ с антидепрессантом более эффективно, чем изолированная КПТ.

Иногда утверждается, что терапия антидепрессантами направлена на устранение лишь тех состояний, которые сопутствуют расстройству пищевого поведения, а не на само это расстройство и что лечение булимии только антидепрессантами не приведёт к выздоровлению