

И.И. Кутько<sup>1</sup>, О.А. Панченко<sup>1</sup>, А.Н. Линев<sup>2</sup><sup>1</sup>ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины», Константиновка<sup>2</sup>Харьковская областная психиатрическая больница № 1

## Психосоматические расстройства в общей практике

В статье уточнены понятия «психосоматические расстройства» и «психосоматические заболевания», описаны синдромология, течение и терапия психосоматических расстройств на современном этапе развития клинической медицины.

**Ключевые слова:** психосоматические расстройства, психосоматические заболевания, психотерапия.

### Введение

Актуальность проблемы связана с высокой распространенностью психосоматических расстройств (ПСР), которые практически во всех случаях сопровождаются психопатологической симптоматикой (Михайлов Б.В. и соавт., 2002; Вітенко І.С., 2007). Вне эпидемии респираторных вирусных заболеваний до 60% амбулаторного приема врача общей практики — семейной медицины составляют пациенты с ПСР и психическими расстройствами (ПР) (Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж., 1994). Лечение пациентов с ПСР в кардиологии, гастроэнтерологии и онкологии является одной из нерешенных проблем современной медицины и медицинской психологии (Вітенко І.С., 2007).

Традиционно выделяют понятия психосоматического влияния психического состояния на деятельность внутренних органов (в том числе развитие патологических состояний) и соматопсихического влияния функционального состояния внутренних органов и систем (в том числе патологических процессов в них) на психическое состояние пациента (Ушаков Г.К., 1987; Александровский Ю.А., 1993). ПСР включают широкий спектр заболеваний внутренних органов и систем, в возникновении и развитии которых ведущее значение имеет влияние психологических факторов, прежде всего, психических травм (Гельдер М. и соавт., 1997; Педак А.А., 2011).

Собственно ПСР представляют более узкий спектр болезней, которые входят в исторически сложившийся перечень (Казакова С.Е. та співавт., 2004). В классической немецкой и российской психиатрии к ПСР относят бронхиальную астму (БА), гипертоническую болезнь (ГБ), ишемическую болезнь сердца (ИБС), атеросклероз сосудов головного мозга, хронический гиперацидный гастрит, язву двенадцатиперстной кишки, спастический энтероколит, фибромиому матки, сахарный диабет 2-го типа, нейродермит и экзему (Ушаков Г.К., 1987). В синониме по психиатрии США — Диагностическом и статистическом руководстве по ПР и нарушениям поведения — кроме ГБ, БА, ИБС, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, к ПСР относят синкопальные состояния, ревматоидный полиартрит, неспецифический язвенный колит и болезнь

Крона (Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж., 1994; American Psychiatric Association, 2000).

### Клиническая картина

Клиническая картина ПСР включает ряд взаимосвязанных групп синдромов. К ним относят признаки органной патологии (соматические), неврологические и психопатологические проявления (Карвасарский Б.Д., 1990). Соматические симптомокомплексы заболеваний органов и систем включают характерные вегетативные и иммунологические нарушения (Казакова С.Е. та співавт., 2004; Юр'єва Л.М. та співавт., 2005).

Психосоциальные стресс-факторы, вызывая общую адаптационную реакцию, являются значимыми для развития обширного ряда расстройств органов и систем, в частности: патологии сердечно-сосудистой системы, пищеварительной системы, системы крови, иммунологических нарушений (Нуллер Ю.Л., 1998; Юр'єва Л.М. та співавт., 2005).

Психопатологическая симптоматика ПСР включает три группы психопатологических синдромов (Карвасарский Б.Д., 1990).

**Астенический синдром (АС)** является осевым проявлением психопатологии ПСР. Доминируют утомляемость, истощаемость, непереносимость высоких физических и психических нагрузок. Характерны нарушения сна с затрудненным засыпанием и поверхностным сном, не приносящим полноценного отдыха, с желанием проспать подольше по утрам и дневной сонливостью. Состояние закономерно ухудшается к вечеру и облегчается после отдыха. Важным компонентом АС является гиперестезия с повышением чувствительности анализаторов ко всем раздражителям, включая эмоциональные. Характерное проявление — астенопия с появлением рези в глазах и непереносимости яркого света при утомлении. Отмечают вегетативную неустойчивость, метео- и эмоциональную лабильность с неустойчивостью настроения, слезливостью, сентиментальностью. Характерный признак АС — раздражительная слабость со вспышками гнева без жестоких агрессивных действий с последующей разбитостью и сожалением о допущенной недержанности. Диагностически значимый феномен — «усталость, не ищущая покоя» с тревожной озабоченностью проблемами

и стремлением решать их, даже жертвуя временем отдыха. В эмоциональной сфере доминируют подавленность и тревожность (Тиганов А.С. и соавт., 1999).

**Аффективные расстройства** включают в первую очередь депрессивную симптоматику — неглубокую депрессию с доминированием тревоги и угрюмой ворчливости, ощущение беспокойства на душе, нехватки воздуха, ожидания неприятностей с суетливостью, ухудшением состояния к вечеру, затруднениями при засыпании, нарушениями сна в первую половину ночи. Отметим тенденцию к своеобразной биполярности аффекта со сменой сниженного настроения сентиментальной восторженностью (Марута Н.А., 2000).

**Неврозоподобные расстройства (НПР)** включают три группы симптомокомплексов:

1. Тревожные, тревожно-фобические и обсессивно-компульсивные состояния с общей напряженностью, вегетативными кризами, близкими к паническим атакам, опасениями по типу агорафобии резкого ухудшения состояния в ситуациях, когда невозможно быстро получить помощь, фобиями и обсессиями ипохондрического содержания.

2. Истероформные расстройства с конверсионными нарушениями в виде трансформации психотравмирующих переживаний и эмоциональных нарушений в сомато-вегетативные феномены. Характерны гистрионные проявления в виде демонстративности, преувеличения тяжести страданий, стремления привлечь внимание, вызвать сочувствие, получить поддержку, усиления симптоматики в присутствии наблюдателя, элементами манипулятивного поведения. Отмечают диссоциативные симптомы в виде «кома в горле», дисфонии, парестезий по типу «перчаток и чулок», шаткости при ходьбе и приступов дурноты с «подкатыванием глаз».

3. Соматоформные расстройства с усилением (по конверсионным механизмам) присущих органной патологии сенсорных феноменов, соматовегетативных нарушений и ипохондрических идей (Ушаков Г.К., 1987; Карвасарский Б.Д., 1990; Гельдер М. и соавт., 1997; Тиганов А.С. и соавт., 1999; Казакова С.Е. та співавт., 2004; Педак А.А., 2011).

НПР при ПСР могут сочетаться с АС как проявления акцентуации личности (с тре-

вожно-мнительными, ананкастными, демонстративными чертами) (Ушаков Г.К., 1987; Карвасарский Б.Д., 1990; Казакова С.Е. та співавт., 2004; Юр'єва Л.М. та співавт., 2005). Кроме того, НПР могут быть проявлениями депрессивной симптоматики по типу «фасада» маскированных депрессий (Марута Н.А., Мороз В.В., 2002; Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю., 2003; Мішиев В.Д., 2004).

Характер психопатологической симптоматики зависит от нозологической принадлежности органической патологии. Так, для ИБС характерна тревожно-фобическая, для язвы двенадцатиперстной кишки — дисфорическая, для неспецифического язвенного колита — истероформная симптоматика. Течение ПСР включает закономерное развитие как психопатологической симптоматики, так и органической патологии. Эти компоненты оказывают друг на друга соответственно психосоматическое и соматопсихическое влияние, формируя «порочный круг». При этом в одних случаях ведущее значение имеет психосоматическое влияние психогенной непсихотической симптоматики, как при ГБ, в других — соматопсихическое влияние органической патологии, как при неспецифическом язвенном колите (Ушаков Г.К., 1987; Вітенко І.С., 2007; Дмитриева Т.Б. и соавт., 2009).

Психопатологическая симптоматика имеет определенную этапность развития, соответствующую этапам развития общего невроза. Так, в течение 1-го года заболевания под влиянием психических травм возникают обратимые кратковременные непсихотические расстройства, сочетающиеся с начальными проявлениями органической патологии, что соответствует понятию реакций (соответственно психосоматических или соматопсихических). В клинической картине преобладают гиперстенические астенические расстройства в сочетании с соматовегетативными. В дальнейшем повторные реакции формируются в состоянии или переходящие развития (Ушаков Г.К., 1987; Карвасарский Б.Д., 1990; Казакова С.Е. та співавт., 2004).

На этапе острого состояния длительностью 1–3 года от начала заболевания в структуре психопатологического симптомокомплекса доминируют гипостенические астенические расстройства, которые дополняются неврозоподобной симптоматикой, отражающей преморбидную акцентуацию личности пациента.

Следующий этап динамики болезни длительностью 3–5 года от первых клинических проявлений определяют как затяжное состояние (Ушаков Г.К., 1987; Казакова С.Е. та співавт., 2004). Отличительной особенностью клинической картины психопатологического компонента болезни является доминирование аффективных, прежде всего, депрессивных расстройств. Имеет место стойкая синдромологически оформленная неврозоподобная симптоматика, формирующая «фасад» маскированной депрессии (Марута Н.А., 2000; Марута Н.А., Мороз В.В., 2002).

Спустя 5 лет отмечается феномен амальгамирования, когда психопатологическая симптоматика сливается с нарастающими изменениями личности, формируя своеобразную личностную аномалию. Эту стадию динамики

болезни определяют как психосоматическое или соматопсихическое развитие (Ушаков Г.В., 1987; Дмитриева Т.Б. и соавт., 2009).

### Лечение пациентов с ПСР

Лечение включает терапию органической патологии, в соответствии с клиническими протоколами оказания медицинской помощи по соответствующим специальностям, и психопатологической симптоматики, согласно Критериям диагностики и лечения психических расстройств и Клиническим протоколам оказания медицинской помощи по специальности «Психиатрия» (Панько Т.В. та співавт., 2000).

**Фармакологическое лечение** включает несколько групп препаратов (Александровский Ю.А. и соавт., 2000).

Малые нейролептики: сульпирид, флупентиксол, тиоридазин, алимемазин (Каплан Г.И., Сзодк Б.Дж., 1994). Антидепрессанты применяют для лечения при депрессивной симптоматике и коморбидной депрессии неврозоподобной симптоматики (ингибиторы обратного захвата серотонина, селективные ингибиторы обратного захвата моноаминов, агонисты мелатониновых рецепторов, препараты зверобоя) (Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю., 2003; Мішиев В.Д., 2004). Анксиолитики эффективны при АС, тревоге и вегетативных расстройствах. Чаще применяют так называемые дневные транквилизаторы, обладающие активирующим действием и не вызывающие релаксации и сонливости (Вальдман А.В., Александровский Ю.А., 1987; Александровский Ю.А., 1993). Противосудорожные препараты с нормотимической активностью устраняют колебания аффекта и уменьшают продолжительность депрессивной симптоматики (Педак А.А., 2011). Нейрометаболические препараты применяют при органическом поражении структур правого полушария и промежуточного мозга. Отметим ноотропные, вазоактивные препараты, комплексные фитоэкстракты (Подкорытов В.С., 2011).

При астенических и соматовегетативных расстройствах применяют растительные седативные средства: препараты валерианы, пустырника, мяты. Отметим также растительные гомеопатические препараты, оказывающие седативное, вегетостабилизирующее и нормотимическое действие (Панько Т.В. та співавт., 2000). Адаптогены повышают устойчивость нервной, иммунной, а также других систем к действию стрессоров. К ним относят препараты женьшеня, лимонника китайского, аралии маньчжурской, стрекчулии. Эффективны производные мелатонина, устраняющие нарушения биологических ритмов и нормализующие сон (Александровский Ю.А., 1993).

**Немедикаментозное лечение** включает общие физиотерапевтические и бальнеологические методы (Карвасарский Б.Д., 1990; Кутько И.И. и соавт., 1992). В частности применяют д'арсанвализацию волосистой части головы, франклинизацию, гальванический воротник по Щербаку, общую гальванизацию по Вермелю, ионофорез брома и кальция, морские, хвойные, йодобромные ванны, массаж воротниковой зоны, лечебную физкультуру (Карвасарский Б.Д., 1990).

Широко используют рефлексотерапию, включая иглорефлексотерапию, электроакупунктуру, электростимуляцию и точечный массаж биологически активных точек (Кутько И.И. и соавт., 1992).

Отдельным направлением лечения непсихотических расстройств при ПСР является латеральная терапия (Чуприков А.П. и соавт., 1994).

**Психотерапевтическая помощь** при ПСР включает три вида мероприятий. Психологическое консультирование используют с целью формирования позиции личности, которая не восприимчива к психогенным расстройствам, или способна разрешить внутренний конфликт личности. Психокоррекция направлена на создание навыков оптимальной для индивида и эффективной психической деятельности, которая способствует адаптации в обществе. Собственно психотерапия направлена на купирование психопатологической симптоматики и достижение внутренней и внешней гармонии личности (Михайлов Б.В. и соавт., 2002; Юр'єва Л.М. та співавт., 2005; Дмитриева Т.Б. и соавт., 2009; Кострикин А., 2014).

Психотерапия предоставляет помощь в решении психологических проблем при расстройствах личности легкой/средней степени тяжести, содействии в преодолении психологических трудностей и актуализации резервов роста личности. Эффективными следующие варианты психотерапии: когнитивно-бихевиоральная (краткосрочная), семейная, динамическая, экзистенциальная, групповые методы психотерапии (психодрама, гештальт-психотерапия) (Панько Т.В. та співавт., 2000; Михайлов Б.В. и соавт., 2002; Юр'єва Л.М. та співавт., 2005; Дмитриева Т.Б. и соавт., 2009).

При расстройствах, вызванных психотравмирующими ситуациями, проводят выявление возможных психологических причин и источников тревоги, выявление и расширение значимых для больного межличностных связей, необходимых для поддержки и помощи, выведение пациента из сложившейся ситуации или дезактуализация последней, использование релаксационных методов (аутогенная тренировка, эриксоновский метод) (Титаренко Ю.А. и соавт., 2005).

Согласно критериям диагностики и лечения ПР и расстройств поведения у пациентов с различной коморбидной органической патологией, невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами в структуре ПСР, рекомендованы:

- при агорафобии, социальных фобиях, специфических (изолированных) фобиях, паническом, генерализованном тревожном, обсессивно-компульсивном расстройстве — поведенческая, индивидуально ориентированная психотерапия, аутогенная тренировка, транзактный анализ, гипнотерапия. Индивидуально ориентированную психотерапию, гипнотерапию, аутогенную тренировку применяют при ПСР, спровоцированной реакцией на тяжелый стресс, и при нарушении адаптации, острой реакции на стресс, посттравматическом стрессовом расстройстве, расстройстве адаптации;
- при диссоциативных (конверсионных) расстройствах — гипнотерапия, инди-

видуально ориентированная психотерапия, аутогенная тренировка;

- при соматоформных расстройствах, соматизированном, ипохондрическом расстройстве, соматоформном вегетативном расстройстве — рациональная, групповая, индивидуально ориентированная, семейная, поведенческая психотерапия, аутогенная тренировка;
- при неврастении — индивидуально ориентированная психотерапия, аутогенная тренировка;
- при синдроме деперсонализации-дереализации в рамках невротического расстройства — гипнотерапия, индивидуально ориентированная психотерапия (Панько Т.В. та співавт., 2000).

С помощью психотерапевтических методов воздействуют не только на психопатологические нарушения в структуре ПСР, но и корригируют соматовегетативные функционально-динамические расстройства (со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной и других систем) (Михайлов Б.В. и соавт., 2002; Кострикин А., 2014). Так, при ГБ эффективны гипнотерапия, аутогенная тренировка, методы релаксации с биологической обратной связью. В комплексном лечении пациентов с БА применяют гипнотерапию, аутогенную тренировку, рациональную и групповую, поведенческую и семейную психотерапию. Гипнотерапию, аутогенную тренировку и групповую психотерапию эффективно используют при язве двенадцатиперстной кишки. В терапии нейродермита наряду с суггестивными методами эффективны методы «психотерапии новой волны», включая эриксоновскую психотерапию и метод прогрессирующей мышечной релаксации по Джекобсону.

Курс психотерапии ПСР завершают освоением пациентом методов саморегуляции вегетативных функций путем ауто-тренинга (Михайлов Б.В. и соавт., 2002).

## Организация медицинской помощи

Проведение лечебно-реабилитационных мероприятий пациентам с ПСР предполагает участие в лечебно-реабилитационной работе бригады из нескольких специалистов (Педак А.А., 2011; Підкоритов В.С., 2011).

Врач общей практики — семейной медицины осуществляет диспансерное наблюдение пациента, лечение органической патологии, в соответствии с клиническими протоколами оказания специализированной помощи, медикаментозное и немедикаментозное лечение ПР, в соответствии с рекомендациями врача-психиатра, реализует программу психотерапевтической помощи и реабилитационных мероприятий, составленную на основе рекомендаций врача-психотерапевта и клинического психолога.

Психиатр консультирует пациента для синдромологической диагностики ПР в клинической картине ПСР и рекомендации лечебно-реабилитационных мероприятий, в соответствии с Критериями диагностики и лечения ПР и клиническими протоколами оказания медицинской помощи по специальности «Психиатрия». Обратим внимание, что, в соответствии с действующим законо-

дательством и Международными статистическими классификациями и диагностическими руководствами, диагностика ПР является прерогативой врача-психиатра.

Психотерапевт консультирует пациента для уточнения особенностей связанной с ПСР социально-психологической дезадаптации и рекомендаций по проведению психотерапевтического лечения, направленного на симптоматику и коррекцию нарушений личности.

Клинический психолог проводит психологическое консультирование пациента для выявления нарушений личности и предоставления рекомендаций по оптимальной адаптации к неблагоприятным социальным воздействиям.

## Выводы

1. Клиническая картина ПСР включает симптоматику органической патологии и психопатологические расстройства.
2. Психопатологическая симптоматика ПСР включает АС, аффективные (депрессивные) расстройства и НПР (тревожно-фобические и обсессивные, конверсионные и диссоциативные, соматоформные).
3. Течение ПСР одновременно с развитием органической патологии предполагает закономерную смену этапов динамики психопатологической симптоматики.
4. Лечение пациентов с ПСР наряду с терапией органической патологии предполагает комплексное лечение коморбидной психопатологической симптоматики.
5. Организация помощи пациентам с ПСР предполагает совместную работу бригады специалистов.

## Список использованной литературы

- Александровский Ю.А. (1993) Пограничные психические расстройства: Руковод. для врачей. Медицина, Москва, 400 с.
- Александровский Ю.А., Барденштейн Л.М., Аведисова А.М. (2000) Психотерапия пограничных психических расстройств. ГЭОТАР-Медиа, Москва, 250 с.
- Вальдман А.В., Александровский Ю.А. (1987) Психотерапия невротических расстройств: Эксперим.-теорет. и клин.-фармакол. анализ. Медицина, Москва, 288 с.
- Витенко И.С. (2007) Медицинская психология: Пособие. Здоров'я, Київ, 208 с.
- Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р. (1997) Оксфордское руководство по психиатрии. Сфера, Киев, Т. 1, 297 с., Т. 2, 433 с.
- Дмитриева Т.Б., Краснов В.Н., Незнамов Н.Г. и др. (2009) Психиатрия: Национ. руководство. ГЭОТАР-Медиа, Москва, 992 с.
- Казачкова С.Е., Ліньов О.М., Ромашова Т.І. та ін. (2004) Невротичні розлади (клініка, динаміка, систематика): Метод. посіб. Луган. держ. мед. ун-т, Луганськ, 112 с.
- Каплан Г.И., Сэддок Б.Дж. (1994) Клиническая психиатрия: из синописа по психиатрии. Медицина, Москва, Т. 1, 672 с., Т. 2, 528 с.
- Карвасарский Б.Д. (1990) Неврозы. Медицина, Москва, 576 с.
- Кострикин А. (2014) Самоисцеление. СИМ, Харьков, 352 с.
- Кутько И.И., Стефановский В.А., Букреев В.И. и др. (1992) Депрессивные расстройства. Здоров'я, Київ, 130 с.
- Марута Н.А. (2000) Эмоциональные нарушения при невротических расстройствах. Арсис ЛТД, Харьков, 159 с.

Марута Н.А., Мороз В.В. (2002) Невротические депрессии (клиника, патогенез, диагностика и лечение). Арсис ЛТД, Харьков, 144 с.

Михайлов Б.В., Табачников С.И., Витенко И.С., Чугунов В.В. (2002) Психотерапия (учебник для врачей-интернов высших медицинских учебных заведений III–IV уровней аккредитации). Око, Харьков, 768 с.

Мишиев В.Д. (2004) Сучасні депресивні розлади: Керівництво для лікарів. Видавництво МС, Львів, 208 с.

Нуллер Ю.Л. (1998) Парадигмы в психиатрии. Изд-во Ассоциации психиатров Украины. Киев, 40 с.

Панько Т.В., Явак І.О., Колядко С.П. та ін. (2000) Критерії діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих: Клініч. посіб. Арсис ЛТД, Харків, 303 с.

Педак А.А. (2011) Психические и психосоматические расстройства в клинике врача общей практики — семейной медицины. Иллион, Николаев, 695 с.

Підкоритов В.С. (2011) Сучасна діагностика і лікування в психіатрії: Довідник лікаря. Доктор-Медіа, Київ, 292с.

Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю. (2003) Депрессии. Современная терапия: Руковод. для врачей. Торнадо, Харьков, 352 с.

Тиганов А.С., Снежневский А.В., Орловская Д.Д. и др. (1999) Руководство по психиатрии. Медицина, Москва, Т. 1, 712 с., Т. 2, 745 с.

Титаренко Ю.А., Чуприкова Е.Г., Чуприков А.П. (2005) Психологический стресс и стресс-анализ. Киев, 74 с.

Ушаков Г.К. (1987) Пограничные нервно-психические расстройства. Медицина, Москва, 304 с.

Чуприков А.П., Линева А.Н., Марценковский И.А. (1994) Латеральная терапия: Руковод. для врачей. Здоров'я, Киев, 174 с.

Юр'єва Л.М., Носов С.Г., Мамчур О.І. та ін. (2005) Невротичні, соматоформні розлади та стрес: Навч. посіб. ТОВ ММК, Київ—Дніпропетровськ, 96 с.

American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4<sup>th</sup> ed. text revision. DSM-IV-TR, Washington, 943 p.

## Психосоматичні розлади у загальній практиці

I.I. Kutko, O.A. Panchenko, O.M. Linyov

**Резюме.** У статті уточнено поняття «психосоматичні розлади» та «психосоматичні захворювання», описано синдромологію, перебіг та терапію психосоматичних розладів на сучасному етапі розвитку клінічної медицини.

**Ключові слова:** психосоматичні розлади, психосоматичні хвороби, психотерапія.

## Psychosomatic disorders in general practice

I.I. Kutko, O.A. Panchenko, A.N. Linev

**Summary.** The definition of «psychosomatic disorder» and «psychosomatic illness» was clarified in the article. The syndromology, course of psychosomatic disorders and its therapy at the present stage of clinical medicine development were described.

**Keywords:** psychosomatic disorders, psychosomatic illness, psychotherapy.

### Адрес для переписки:

Линев Алексей Николаевич  
62411, Харьковская обл.,  
с. Стрелечья, ул. Белгородская, 1  
Харьковская областная  
психиатрическая больница №1  
E-mail: lenkom1\_44@ukr.net

Получено 02.06.2015