

УДК 612.821+616.89

**Б.В. Михайлов, Е.И. Кудинова**  
**СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА:**  
**КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ**  
Харьковская медицинская академия последипломного образования

**Ключевые слова:** соматоформные расстройства, психотерапия

Со второй половины XX века в обществе наблюдается значительный рост психосоматических расстройств. При этом опережающими темпами возрастают показатели заболеваемости и распространенности соматических заболеваний, в происхождении которых значительную этиопатогенетическую роль играют психосоматический либо психогенный механизмы.[1;2;3;5;10;11]

В то же время анализ изменений структуры заболеваемости расстройствами психики и поведения показывают, что практически 100% прироста обусловлены непсихотическими, так называемыми пограничными расстройствами.[9;10;11;15] Наряду с этим наблюдается куда более значительный рост по всем основным классам соматических заболеваний (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные заболевания, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки), в генезе которых значительную роль играют психосоматические механизмы. В свою очередь, «внутренний» анализ клинической структуры распространенных соматических заболеваний показывает, что такой значительный рост показателей в значительной мере обусловлен, с одной стороны, недиагностированными соматизированными депрессиями, а с другой – соматоформными расстройствами (СФР), состояниями, которые в отечественной медицинской практике традиционно диагностируются как вегетососудистая дистония или нейроциркуляторная дистония. Сложившаяся ситуация требует решения с позиций адекватной диагностики, соответствующих терапевтических подходов и организационных форм для их реализации.[9;15;16]

Несмотря на то, что существуют многочисленные теории, пытающиеся объяснить этиологию и патогенез психосоматических заболеваний, ни одна из них не смогла дать исчерпывающего объяснения психосоматических расстройств. Поэтому в последнее время стали говорить об их мультифакторном генезе, где каждая из предложенных теорий объясняет одно из звеньев патогенеза.

Происхождение соматоформных расстройств должно рассматриваться в русле общей психосоматической медицины. Основное этиологическое значение имеют 3 группы факторов.

1. Наследственно-конституциональные факторы, среди которых необходимо выделить конституционально-типологические особенности ЦНС и личностно-акцентуационные особенности.

2. Психоэмоциональные, или психогенные факто-

ры – острые или хронические факторы внешнего воздействия, опосредованные через психическую сферу, имеющие как когнитивную, так и эмоциональную значимость, и в силу этого играющие роль психогении.

3. Органические факторы – различного рода преморбидная органическая (травматическая, инфекционная, токсическая, гипоксическая и др.) скомпроментированность интегративных церебральных систем надсегментарного уровня, прежде всего лимбико-ретикулярного комплекса.

Теоретические исследования механизмов формирования психогенных расстройств традиционно проводились в рамках двух принципиально различных парадигм, основные положения которых были сформулированы еще в период античной медицины. Согласно первой из них – «психоцентрической» - причинно-следственные соотношения направлены от «психической» составляющей заболевания к «соматической». Соответственно постулируется первичность психических процессов при формировании соматических расстройств. Противоположные соотношения - причинно-следственная направленность от «соматической» составляющей заболевания к «психической» - характерны для второй – «соматоцентрической» парадигмы, при этом приоритетная роль при формировании психосоматических расстройств отводится соматическим процессам.

Психоцентрические концепции разрабатывались как представителями психосоматического, так и кортико-висцерального направления.

Согласно концепции стресса Г. Селье, в условиях неразрешимости задачи, предъявляемой внешней средой, чрезмерно интенсивная и длительная стресс-реакция организма из звена адаптации превращается в звено повреждения. Воздействие стресса интерпретируется в качестве причины как возникновения, так и прогрессирования соматического заболевания. В качестве основных психофизиологических механизмов рассматриваются эмоциональное возбуждение либо торможение, приводящие соответственно к активации ЦНС и симпатической нервной системы, либо к блокированию вазомоторных процессов [20].

Различные психодинамические теории постулируют возможность возникновения соматического заболевания в результате патологического смещения и последующей трансформации психической энергии в «энергию иннервации», приводящую к функциональным, а затем и к органическим нарушениям деятельности внутренних органов.

Теория S. Freud'a предусматривала возможность формирования «невроза органа» за счет смещения энергии бессознательно вытесненных конфликтов в сферу функционально-анатомических образований («конверсия на орган») [5]. Достаточно близкой является концепция символического языка органов А. Адлера, базирующаяся на допущении, что соответствующие системы органов могут специфически отражать психические процессы [5]. F. Alexander в своей концепции специфичности отказывается от символической интерпретации органической висцеральной патологии. Развитие вегетативного невроза расценивается как следствие «бессознательных конфликтов», возникших из-за невротического развития ребенка; при этом эмоциональное напряжение, не получая разрядки вовне, приводит к персистирующим изменениям вегетативной нервной системы, формированию необратимых органических изменений органов [18].

Исследования, проведенные в русле противоположной - соматоцентрической парадигмы, направлены, в основном, на изучение довольно ограниченного круга психических расстройств (симптоматические психозы). Так, в рамках концепции «экзогенного типа психических реакций» в качестве психофизиологического механизма возникновения расстройств рассматривалось воздействие на мозг соматической вредности, ведущее к манифестации определенного строго ограниченного набора психопатологических синдромов. [9;17;19]

Однако, несмотря на многочисленность теорий, пытающихся объяснить этиологию и патогенез психосоматических заболеваний, ни одна из них не смогла дать исчерпывающего объяснения психосоматических расстройств. Поэтому в последнее время стали говорить об их мультифакторном генезе, где каждая из предложенных теорий объясняет одно из звеньев патогенеза [2;3;6;11;16;17].

Тесное переплетение и взаимовлияние психических и соматических расстройств позволило нам выделить в пределах патологии этого круга пять типов состояний, отражающих различную структуру психосоматических соотношений:

1. Соматизированные психические реакции - соматоформные расстройства, формирующиеся вследствие эмоционально-психосоматической патологии в рамках образований невротического либо личностно-конституционального регистров (невротические расстройства, невропатии и личностные развития).

2. Психогенно-личностные реакции (нозогении), возникающие в связи с соматическим заболеванием (последнее выступает в качестве психотравмирующего события, как фактор субъективно произвольный, независимый от воли, существенно влияющий на качество жизни больного) – вторичные невротические расстройства острого и затяжного типов.

3. Органные или системные соматические поражения психосоматического характера, возникающие в ответ на констелляцию социально-психогенных, лич-

ностно- и биоконституциональных факторов (в виде «ответа» органа или системы-мишени - *locus minoris resistentia*).

4. Реакции экзогенного типа (соматогении), развивающиеся вследствие нейротоксического эффекта соматического заболевания, в виде неврозоподобной или психотической органической симптоматики.

5. Соматопсихическая коморбидность – относительно независимое параллельное течение соматического заболевания и патологии психической сферы.

Данные о распространенности патологии психосоматического круга (с учетом представленной типологии) свидетельствуют о преобладании соматоформных расстройств (1-я группа). Частота описываемых состояний среди населения колеблется, по оценкам различных авторов, от 15% до 40% [1;2;5;6;17;19]. Вследствие этого назрела необходимость интегрированного рассмотрения расстройств данного типа.

Разного рода псевдосоматические расстройства, в которых выражаются те или иные психические расстройства, с давних пор описывались в рамках астенических, истерических, ипохондрических и некоторых других проявлений. В то же время, в последнее время в структуре невротических расстройств стремительно увеличивается удельный вес соматовегетативных и неврологических компонентов, соответственно уменьшается чисто психическая симптоматика.

В современных представлениях рубрика соматоформных расстройств включает в себя три базисных компонента: истерические расстройства, органические неврозы, вегетососудистую и нейроциркуляторную дистонию.

Несмотря на давно принятый в общемировой практике модус рассматривать эти состояния в русле психогенно-конституциональных расстройств, которые диагностируются и курируются психиатрами и психотерапевтами, в медицинской практике продолжается – и отстаивается – параллельное их курирование неврологами и кардиологами. Так, используются термины и классификации для НЦД, предложенные Г.Ф. Лангом, Н.Н. Савицким, В.И. Маколкиным [7;8;12;13].

Для обозначения дисрегуляторных расстройств сердечно-сосудистой системы Г.Ф. Лангом был впервые предложен термин «нейроциркуляторная дистония», который представлял НЦД как синдром, создающий опасность для развития гипертонической болезни. В качестве самостоятельного заболевания НЦД впервые представил П.Н. Савицкий, который выделил три ее варианта: кардиальный, гипотонический и гипертонический. Наиболее детализированной является классификация, разработанная Г.М. Покалевым и В.Д. Трошиным, в которой не только обозначены различные типы НЦД с учетом ее происхождения, но и выделены клинические варианты их течения, осложнения и фазы заболевания. Многие исследователи до настоящего времени считают наиболее приемлемым следующее определение НЦД: «Нейроциркуляторная

дистония – самостоятельное, полиэтиологическое заболевание, являющееся частным проявлением вегетативной дистонии, при котором имеются дисрегуляторные изменения преимущественно в сердечно-сосудистой системе, возникающие вследствие первичных или вторичных отклонений в надсегментарных и сегментарных центрах вегетативной нервной системы».

Параллельно существуют воззрения А.М. Вейна и соавт., которые считают, что НЦД не может быть самостоятельным заболеванием, а является лишь «осколком» ВСД.

В последние годы А.М. Вейн признал правомерность и необходимость замены термина «вегетативные кризы» на «панические атаки».[4].

В настоящее время среди терапевтов и невропатологов продолжается тенденция к шифрованию вегетососудистой и нейрциркуляторной дистонии по МКБ-10 в классе VI - болезни нервной системы как G.90.8 и G.90.9 соответственно.

Согласно МКБ-10 к соматоформным расстройствам отнесены следующие диагностические рубрики.[14]

#### **F45.0 Соматизированное расстройство**

Основным диагностическим признаком является наличие множественных, повторно возникающих и часто видоизменяющихся соматических симптомов, которые обычно имеют место на протяжении не менее 2-х лет. Симптомы могут относиться к любой системе или органу.

Клинически значимые признаки.

Течение расстройства хроническое, часто сопровождается нарушением социального, межперсонального и семейного поведения.

Диагностические критерии:

а) наличие в течение не менее 2 лет множественных и переменных соматических симптомов, которым не было найдено адекватного соматического объяснения;

б) постоянное неверие различным врачам, которые пытались разубедить пациента в существовании органической причины их симптомов и отказ следовать их советам;

в) нарушения социального и семейного функционирования могут быть отнесены за счет симптоматики и обусловленного ею поведения.

#### **F45.1 Недифференцированное сомато-формное расстройство**

Эта категория должна использоваться в случаях, когда соматические жалобы множественны, переменны и длительны, но в то же время полная и типичная клиническая картина соматизированного расстройства не обнаруживается, а длительность заболевания менее 2-х лет.

Может отсутствовать напористый и драматический характер предъявления жалоб, последние могут быть сравнительно малочисленны или может полностью отсутствовать нарушение социального и семейного функционирования.

#### **F45.2 Ипохондрическое расстройство**

Основной признак заключается в постоянной оза-

боченности возможностью заболевания одним или более тяжелым и прогрессирующим соматическим расстройством. Больные постоянно предъявляют соматические жалобы или проявляют озабоченность своим соматическим состоянием. Нормальные или обыкновенные ощущения и явления часто интерпретируются больным как аномальные и неприятные, причем внимание обычно фокусируется на одном или двух органах или системах организма. Больной может назвать предполагаемое соматическое заболевание или дефект тела, сам характер предполагаемого заболевания может меняться. Нередко больной предполагает, что помимо основного заболевания существует и дополнительное. Симптоматика и нарушение продуктивности обычно имеют хронический и волнообразный характер. Многие больные, особенно с легкими формами этого расстройства, продолжают наблюдаться в рамках первичной медицинской помощи или непсихиатрических медицинских служб.

Диагностические указания:

Для достоверного диагноза необходимо сочетание обоих критериев:

а) наличие постоянных идей о существовании одного или более тяжелых соматических заболеваний, обуславливающих имеющийся симптом или симптомы, или фиксация на предполагаемом уродстве, причем указанная идея сохраняется, несмотря на то, что не обнаружено адекватное соматическое объяснение соответствующим жалобам;

б) постоянное неверие различным докторам, пытающимся убедить пациента в отсутствии соматической болезни, обуславливающей их симптомы.

#### **F45.3 Соматоформная вегетативная дисфункция**

Жалобы предъявляются больным таким образом, будто они обусловлены соматической патологией различной системно-органной принадлежности:

сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной, дыхательной и пр.

Первый тип симптомов, на котором во многом основывается диагностика, характеризуется жалобами, отражающими объективные признаки вегетативного возбуждения, такие как сердцебиение, потение, покраснение и тремор. Второй тип характеризуется более идиосинкратическими, субъективными и неспецифическими симптомами, такими как ощущения мимолетных болей, жжения, тяжести, напряжения, ощущения раздувания или растяжения. Эти жалобы относятся больным к определенному органу или системе (к которым может относиться и вегетативная симптоматика). Характерная клиническая картина складывается из отчетливого вовлечения вегетативной нервной системы, дополнительных неспецифических субъективных жалоб и постоянных ссылок больного на определенный орган или систему в качестве причины своего расстройства.

У многих больных с этим расстройством имеются указания на наличие психологического стресса или затруднения и проблемы, которые представляются свя-

занными с расстройством. Тем не менее, у значительной части больных, отвечающих критериям данного расстройства, отягощающие психологические факторы не выявляются.

В некоторых случаях могут также присутствовать незначительные нарушения физиологических функций, такие как икота, метеоризм и одышка, но сами по себе они не нарушают основного физиологического функционирования соответствующего органа или системы.

Диагностические указания:

Для достоверного диагноза требуются все следующие признаки:

а) симптомы вегетативного возбуждения, такие как сердцебиение, потение, тремор, покраснение, которые имеют хронический характер и причиняют беспокойство;

б) дополнительные субъективные симптомы, относящиеся к определенному органу или системе;

в) озабоченность и огорчения по поводу возможного серьезного (но часто неопределенного) заболевания этого органа или системы, причем повторные объяснения и разуверения на этот счет врачей остаются бесплодными;

г) отсутствуют данные о существенном структурном или функциональном нарушении данного органа или системы.

#### **F45.30 Соматоформная вегетативная дисфункция сердца и сердечно-сосудистой системы**

Включаются:

— невроз сердца; — синдром Да Коста; — нейроциркуляторная астенія.

#### **F45.31 Соматоформная вегетативная дисфункция верхнего отдела желудочно-кишечного тракта**

Включаются:

— невроз желудка; — психогенные аэрофагия; — икота; — диспепсия; — пилороспазм.

#### **F45.32 Соматоформная вегетативная дисфункция нижнего отдела желудочно-кишечного тракта**

Включаются:

— психогенный метеоризм; — синдром раздраженного кишечника; — синдром газовой диареи.

#### **F45.33 Соматоформная вегетативная дисфункция дыхательной системы**

Включаются: — психогенные формы кашля и одышки.

#### **F45.34 Соматоформная вегетативная дисфункция мочеполовой системы**

Включаются:

— психогенное повышение частоты мочеиспускания; — психогенная дизурия.

#### **F45.38 Соматоформная вегетативная дисфункция других органов или систем**

#### **F45.4 Хроническое соматоформное болевое расстройство**

Ведущей жалобой является постоянная, тяжелая и психически угнетающая боль, которая полностью не может быть объяснена физиологическим процессом

или соматическим расстройством и которая появляется в сочетании с эмоциональным конфликтом или психосоциальными проблемами, которые могут быть расценены в качестве главной причины. Сюда не включается боль предположительно психогенного происхождения, которая возникает в течение депрессивного расстройства или шизофрении. Боли, возникающие по известным или подразумеваемым психофизиологическим механизмам, такие как боль мышечного напряжения или мигрень, но у которых предполагается психогенное происхождение, кодируются по шифру F54 (психологические или поведенческие факторы, связанные с расстройствами или заболеваниями, классифицируемыми в других разделах), плюс — дополнительным кодом из других рубрик МКБ-10 (например, мигрень F43).

#### **F45.8 Другие соматоформные расстройства**

При этих расстройствах жалобы больных не опосредуются вегетативной нервной системой и ограничиваются отдельными системами либо частями тела. Сюда следует относить любые другие расстройства ощущений, возникающие вне связи с органическими расстройствами, которые тесно связаны по времени со стрессорными событиями и проблемами.

Включаются следующие типы расстройств:

а) «истерический ком» (ощущение комка в горле, вызывающее дисфагию);

а также другие формы дисфагии;

б) психогенная кривошея и другие расстройства, сопровождающиеся спазмоидными движениями (но исключая синдром Туретта);

в) психогенный зуд (но исключая специфические кожные расстройства, такие как алопецию, дерматиты, экзему или утрикарию психогенного генеза (F54));

г) психогенную дисменорею (но за исключением диспареунии (F52.6) и фригидности (F52.0);

д) скрежетание зубами.

#### **F45.9 Соматоформное расстройство, неуточненное**

Включается:

— неуточненное психофизиологическое;

— психосоматическое расстройство.

Выраженный клинический патоморфоз соматоформных расстройств, значительное расширение их классификационной рубрикации и увеличение удельного веса соматической патологии, протекающей с пограничными психическими расстройствами, требует пересмотра и уточнения критериев дифференциальной диагностики и создает предпосылки для разработки новых диагностических и терапевтических подходов, опирающихся как на внедрение новых инструментальных исследований, так и на тщательное изучение психопатологической симптоматики.

Особого внимания требует проведение дифференциальной диагностики с соматическими заболеваниями, тревожно-депрессивными и ипохондрическими расстройствами.

Терапия соматоформных расстройств включает в себя широкий круг лечебных мероприятий, требующих участия специалистов по принципу междисциплинарной бригады – психиатров, психотерапевтов, психологов.

Необходимо учитывать негативно-опозиционное отношение больных к попыткам обсуждения возможности психологической обусловленности симптомов, даже при наличии отчетливых депрессивных или тревожных проявлений. Вследствие этого базисным направлением в лечении больных соматоформными расстройствами в настоящее время является психотерапия.

На начальном этапе применяется рациональная психотерапия, направленная на разъяснение механизмов развития аффективных, когнитивных и сомато-вегетативных механизмов клинической картины СФР и выработку развития совместно с больным тактики преодоления психотравмирующей ситуации.

При переходе к основному терапевтическому этапу с больными отрабатываются приемы, направленные на коррекцию патологических ощущений в психосенсорной сфере. Для этого проводится концентрация внимания на спокойных, желательных статичных, эмоционально позитивных представлениях (любимый пейзаж и т. д.). При недостаточной способности больного к образному мышлению следует предложить мысленно с закрытыми глазами выписывать белой краской на белом фоне какую-нибудь фигуру. Такого рода занятия, будучи эмоционально нейтральными, в то же время способствуют восстановлению нормального психосенсорного функционирования.

Наибольший эффект для собственно коррекции психосенсорных расстройств даёт гипно-суггестивная терапия.

В дальнейшем, на супортивном этапе, проводится обучение пациентов навыков аутогенной тренировки (-АТ). Наиболее эффективной мы считаем модификацию АТ в виде психорегулирующей тренировки (ПТ).

Фармакотерапия больных с соматоформными расстройствами направлена на основные группы симптомов-мишеней: аффективные и сомато-вегетативные. Это обуславливает выбор препаратов соответствующих фармакологических групп.

Антидепрессанты. Препаратами первого выбора являются антидепрессанты селективного действия, а именно ингибиторы обратного захвата серотонина (-СИОЗС).

(Сертралин ( Золофт), Пароксетин (Паксил), Флюоксетин (Прозак), Циталопрам (Ципраamil), S-Циталопрам (Ципралекс). Недостатком препаратов этой группы является отсутствие анксиолитического компонента действия и, в силу этого, недостаточная эффективность в отношении большинства сочетанных тревожно-депрессивных расстройств.

Более обоснованным может быть применение антидепрессантов двойного действия – ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗСиН)

(Венлафаксин, Милнацепран (Иксел), Тразодон (Тритико).

Значительный положительный эффект, особенно при наличии инсомний в структуре соматоформных расстройств, показал антидепрессант новой группы мелатонинергического ряда – Мелитор.

При тревожных компонентах рекомендуется применение бензодиазепиновых транквилизаторов: диазепам (седуксен, сибазон), феназепам, оксазепам (тазепам), мезепам (рудотель).

При тревожно-фобических расстройствах хороший эффект оказывает небензодиазепиновый анксиолитик – Афобазол. Дозировка 5-10 мг 3 раза в день на 20 дней.

При ипохондрическом синдроме эффект лечения транквилизаторами часто оказывается недостаточным. Необходимо их сочетанное применение с корректорами поведения (сонапакс или меллерил).

На основном терапевтическом этапе для коррекции эмоциональных нарушений тревожного, тревожно-депрессивного, тревожно-фобического спектра применяется когнитивно-бихевиоральная терапия (КБТ).

Своевременное выявление и адекватная диагностика соматоформных расстройств имеет решающее значение для успешной терапии благоприятного прогноза заболевания.

Системно организованная терапия, построенная по этапному принципу, включающая комплекс психотерапевтических и психофармакологических воздействий, позволяет достичь максимальной редукции симптоматики, восстановления уровня социального функционирования и повысить качество жизни больных.

## Литература

1. Александровский Ю. А. *Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей.* — М.: Медицина, 1993. — С. 225–237.
2. Березанцев А. Ю. *Теоретические и практические аспекты соматоформных расстройств и психосоматики (сообщение 1) // Российский психиатрический журнал.* — 2001. — № 5. — С. 4–10.
3. Бройтшигман В., Кристиан П., фон Рад М. *Психосоматическая медицина.* — М.: Гэотар Медицина, 1999. — 376 с.
4. Вейн А.М., *Панические атаки // Международный медицинский журнал.* -1997. -№3.- С. 75 – 79.
5. Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р. *Оксфордское руководство по психиатрии / Пер. с англ.* — Київ: Сфера, 1997. — Т. 2. — 435 с.
6. Гиндикин В. Я. *Соматогенные и соматоформные психические расстройства: Справочник.* — К, 1997. — 104 с.
7. Маколкин В.И., Аббакумов С.А., Сапожникова А.А. *Нейроциркуляторная дистония. (Клиника, диагностика, лечение). Чебоксары (1995).*
8. Марилов В. В., Коркина М. В., Есаулов В. И. *Личностные особенности и характер психических нарушений при синдроме раздражения толстой кишки // Социальная и клиническая психиатрия.* — 2000. — Т. 10, № 4. — С. 21–27.
9. Михайлов Б. В., Сарвир И. Н., Чугунов В. В., Мирошниченко Н. В. *Генеалогия, механизмы формирования, клиника и основные принципы терапии соматоформных расстройств // Медицинские исследования.* — 2001. — Т. 1, вып. 1. — С. 36–38.
10. Москаленко В.Ф., Горбань С.М., Табачников С.И., Волошин П.В. *Психічне здоров'я як складова подальшого розвитку нації (підсумки за 10 років незалежності України). Архів психіатрії, № 4 (2001).*
11. *Пограничная психическая патология в общемедицинской практике / Под ред. А. Б. Смуглевича.* — М.: Русский врач, 2000. — С.

78–105.

12. Покалев Г.М. *Нейроциркуляторная дистония*. Н. Новгород (1994).

13. Савицкий Н.Н. *Биофизические основы кровообращения и клинические методы изучения гемодинамики*. Ленинград (1963).

14. Сартorius Н. *Понимание МКБ-10. Классификация психических расстройств*. Киев (1997).

15. Табачников С. И., Титиевский С. В. *Психосоматические расстройства и постчернобыльский синдром // Doctor*. — 2002. — № 6. — С. 14–16.

16. Тополянский В. Д., Струковская М. В. *Психосоматические расстройства*. — М.: Медицина, 1986. — 384 с.

17. Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г., Довженко Т. В. и др. *Концепция соматизации. История и современное состояние // Социальная и клиническая психиатрия*. — 2000. — Т. 10, № 4. — С. 81–97.

18. Alexander F. *Psychosomatische Medizin*. — Berlin–New York: De Gruyter, 1950. — 2 Aufl.

Keller R. *Somatization. Theories and Research // J. Nerv. Ment. Dis.* — 1990. — Vol. 3. — P. 150–178.

19. Rief W., Hiller W. *Somatisierungstoerung und Hypochondrie*. — Goettingen–Bern–Toronto–Seattle: Hogrefe, Verlag für Psychologie, 1990.

20. Selye H. *The stress of life*. — New York: McCraw–Hill Book Co., 19

#### СОМАТОФОРМНІ РОЗЛАДИ : КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА, ПРИНЦИПИ ТЕРАПІЇ

Б.В. Михайлов, О.І. Кудінова

Проведений аналіз найбільш важливих механізмів психосоматичних взаємовідношень. Показана необхідність ретельної рубрифікації соматоформних розладів. Визначені варіанти їх клінічної маніфестації, принципи діагностики та побудови патогенетичної терапії. Висвітлені питання етапної організації психотерапевтичного процесу в сучасних умовах

**Ключові слова:** соматоформні розлади, психотерапія

#### SOMATIFORM DISORDERS: CLINIC, DIAGNOSTIC, PRINCIPLES OF THERAPY

B.V. Mykhaylov, O.I. Kudinova

In the article the main sights on psychosomatic mechanisms of mutual relations have analysed, the necessity rubrication of somatiform disorders is justified, their clinical manifestations, principles of diagnostics and pathogenetic therapy are considered. The paths of introduction of the adequate organizational forms of psychotherapy improvement at the present stage are offered

**Keywords:** somatiform disorders, psychotherapy

УДК 616.895.8-08-039.76

В.А. Абрамов, Т.Л. Ряполова

#### ИНТЕГРАТИВНАЯ МОДЕЛЬ РАННЕЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Донецкий Национальный медицинский университет им.М.Горького, г. Донецк

**Ключевые слова:** интегративная модель, психосоциальная реабилитация, шизофрения

Современные стандарты оказания медицинской помощи больным с психическими расстройствами характеризуется сочетанием биологической и психосоциальной терапии, ее соответствием этапу развития заболевания (первый психотический эпизод, ремиссия, рецидив, этап хронизации), потребностям пациентов и их ближайшего микросоциального окружения [1– 5]. Реабилитация больных с манифестным приступом шизофрении направлена на осуществление клинических (достижение ремиссии (выздоровления), индукция ремиссии («очищение» ремиссии), консолидация ремиссии (продление ремиссии, предотвращение рецидива)), психологических (развитие эмоционально-мотивационных, когнитивных и коммуникативных ресурсов личности, сохранение и при возможности развитие навыков и умений, а также оптимального социального опыта жизнедеятельности в обычной для пациента среде) и социальных целей (достижение независимого функционирования пациента в обществе, расширение его реальных полномочий, улучшение качества жизни) [6].

Внедрение интегративной программы ранней психосоциальной реабилитации больных шизофренией и

заболеваний шизофренического спектра осуществлялось на базе отделений медико-социальной реабилитации КЛПУ «Областная клиническая психиатрическая больница», г. Донецк и КЛПУ «Областная клиническая психиатрическая больница», г. Ждановка. Группа пациентов, медицинская помощь которым включала методы биологического и психосоциального лечения, состояла из 73 человек, группа сравнения (пациенты, получавшие только биологическое лечение) – из 70 человек.

Процесс ранней психосоциальной реабилитации состоял из нескольких этапов:

- Подготовительный (установление неформального контакта с пациентом; получение добровольного осознанного согласия на участие в реабилитационной программе, обеспечение готовности пациента к совместному формированию конечных целей реабилитации, введение пациента в терапевтическую среду);

- Этап постановки функционального реабилитационного диагноза, включающего оценку уровня функциональной недостаточности в когнитивной, коммуникативной и эмоционально-мотивационной сферах, комплексную оценку реабилитационного потен-