

Психические и психосоматические расстройства в общей медицинской практике

**Краткое руководство
для врачей**



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

Авторский коллектив	4
Список сокращений и условных обозначений	6
Введение	7
Глава 1. Развитие концепции психосоматических расстройств. <i>Семенова Н.Д.</i>	9
Глава 2. Психические расстройства, актуальные в общей медицинской практике. <i>Ромасенко Л.В., Благова О.В., Махов В.М.</i> ..	57
Глава 3. Невротические, соматоформные и связанные со стрессом расстройства в общей медицинской практике. <i>Ромасенко Л.В., Чичкова Н.В.</i>	84
Глава 4. Аффективные расстройства в общей медицинской практике. <i>Канаева Л.С.</i>	133
Глава 5. Расстройства шизофренического спектра в общей медицинской практике. <i>Ромасенко Л.В., Третьяков А.Ю., Ермилов О.В.</i>	191
Глава 6. Органическое психическое расстройство при цереброваскулярной патологии. <i>Вандыш-Бубко В.В., Тарасова Г.В., Гиленко М.В.</i>	237
Глава 7. Организация помощи пациентам с психическими расстройствами в общемедицинской практике. <i>Ромасенко Л.В., Тарасова Г.В.</i>	275
Список литературы	291
Предметный указатель	312

ГЛАВА 1

Развитие концепции психосоматических расстройств

Психосоматическими называют заболевания, в патогенезе которых существенную роль играют психологические факторы и механизмы. И хотя конкретные механизмы психосоматических взаимовлияний еще не ясны, уже не вызывает сомнений необходимость так называемого психосоматического подхода к больному, сущностью которого является учет всей совокупности психических и соматических явлений в норме и патологии.

Развитие концепции психосоматических расстройств шло главным образом в русле психосоматической медицины. Если говорить о современном психосоматическом подходе, то под словосочетанием «психосоматическая медицина» подразумевают уже не область медицины, а скорее подход, способ мышления. Такой подход основывается на взаимовлиянии и синтезе различных наук — медицины, психологии, социологии, нейронаук и т.д. То есть психосоматика — область междисциплинарных исследований, и психология здесь имеет свой предмет изучения, а именно: изучение генезиса, структуры и функций психосоматических явлений при различных заболеваниях, а также на разных этапах онтогенеза (Психосоматика, 2009). Психология изучает влияние психических факторов на возникновение, течение и лечение соматических и психосоматических заболеваний и при этом опирается на принципы психологического *синдромного* анализа (Николаева В.В., Арина Г.А., Печникова Л.С., 2014). Это особенно важно в общей медицинской практике — в условиях содружественной работы врача и психолога. Понимая психологическую сторону дела, врач ориентируется и в научных предпосылках, необходимых для овладения профессиональными навыками работы с соматическими больными различного профиля, взрослыми и детьми.

Как же развивалась концепция психосоматических расстройств? Здесь интересны не только история, но и логика развития данной концепции.

Еще античные врачи Гиппократ и Гален предпринимали попытки понять психосоматические соотношения — природу связи душевного с телесным. Выдающиеся клиницисты прошлого высказывали глубокие мысли о роли психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических заболеваний. Отечественные врачи с присущим им даром сочетать тонкую клиническую наблюдательность с глубоким научным анализом и обобщением представляли случаи, ярко демонстрирующие тесную связь болезней человека с факторами психологического порядка. Здесь и идея целостного, холистического подхода к больному, и ее воплощение в практику врачевания у великих русских врачей XIX в., среди которых М.Я. Мудров и представители трех крупных отечественных терапевтических школ — московской Г.А. Захарьина, петербургской С.П. Боткина и московской А.А. Остроумова. Нельзя не сказать и о внутренне связанном с этим явлении — об отражении психологических аспектов здоровья и болезни, жизни и смерти в произведениях великих русских писателей (Л.Н. Толстой, «Война и мир» — болезнь Наташи Ростовской и болезнь Элен Безуховой; Л.Н. Толстой, «Анна Каренина» — болезнь Кити Щербацкой и болезнь мадам Шталь; А.П. Чехов и т.д.), о неразрывности медицинского и психологического дискурса в связи с такими экзистенциальными категориями, как человек, здоровье и болезнь, смысл жизни, смерть (Л.Н. Толстой, «Смерть Ивана Ильича»).

1.1. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ РАЗРАБОТКИ КОНЦЕПЦИИ ПАТОГЕНЕЗА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Поворот от эмпирического знания к научной разработке психосоматической проблемы относят ко второй половине XIX в. Систематическое изучение психологических факторов соматических заболеваний, психологическое направление разработки концепции патогенеза психосоматических расстройств — все это проводилось главным образом в рамках двух направлений, или парадигм, психологической науки — ***психоанализа и поведенческой психологии (бихевиоризма)***.

Начало первого из них (психоанализ) связывается с именами Ф.Е. Deutsch, G.W. Groddeck, E. Simmel — исследователей, работавших

в Германии и Австрии во втором–третьем десятилетиях XX в. (Zipfel S., 2016). Их многочисленные клинические наблюдения и описания послужили эмпирическим источником нового знания (Александр Ф., 2006). «Пионерами психосоматики» считают их предшественников – З. Фрейда, К. Abraham, E. Jones (Sanfeliu I., Walters K., 2018).

Возникновение и бурное развитие психосоматического направления было обусловлено действием ряда социальных и иных причин. Социальные причины связывались с особенностями течения некоторых заболеваний, со снижением удельного веса острых, развернутых клинических форм и с ростом стертых, хронических. Это связывалось с изменением характера самой жизни и возрастанием роли «человеческих» факторов в картине заболеваемости. Иные, собственно медицинские, предпосылки связывают с реакцией на узколокалистическое понимание сущности заболеваний, на так называемую медицину органов, на смену которой приходила «медицина организма» и далее – целостный подход к больному. На смену медицине Рудольфа Вирхова с ее категорией структурной клеточной (целлюлярной) патологии и утверждением о том, что органическая поломка может быть результатом лишь целлюлярной или органической же поломки, пришла медицина иная, различающая структурные и функциональные нарушения и выдвигающая контраргумент: органическая поломка может быть результатом функционального нарушения (Turk J.L., 1993). Отличие медицины «классической» от медицины «психосоматической» состояло в том, что при неизменном объекте исследования радикально менялись средства его познания.

Само же психосоматическое движение в его наиболее развернутом виде связывают с исследованиями, проводившимися в рамках психоанализа, за которыми закрепилось название «классическая психосоматическая медицина». Исследователями этого направления собраны обширные данные о природе психосоматических заболеваний, их этиологии и патогенетических механизмах. «Классическую психосоматическую медицину» принято отождествлять с именем Франца Александра (1891–1964), перебравшегося в 1930 г. из Европы в США и основавшего в Чикаго Психоаналитический институт. Ключевые концепции психосоматической медицины развивались, следуя определенной логике – от теории «символического языка органов» к теории «специфического эмоционального конфликта» и далее – к теории «профиля личности».

На первых ступенях становления психосоматической медицины создается теория «символического языка органов» (Ференци Ш., 2000; Wise T.N., 2014), согласно которой соматическая симптоматика психо-

генно обусловленных отклонений в деятельности внутренних органов рассматривается в качестве символа неосознаваемых психических процессов. Психогенные соматические заболевания, как считалось, возникают по механизму истерической конверсии, и психодинамические коллизии находят свое выражение «на языке тела».

В 1940–1950-е годы доминирующей становится теория «специфического эмоционального конфликта». Психосоматическое заболевание рассматривается уже как физиологический ответ органа на хронически существующее или периодически повторяющееся эмоциональное состояние. Указывалось на причинную связь специфического набора неосознаваемых конфликтов, психологических способов их разрешения — и эмоциональных, и физиологических процессов. Считалось, что сдерживаемый гнев, подавленная враждебность и не находящая своего выхода агрессивность, реализующиеся через симпатическую активацию, способствуют развитию таких заболеваний, как гипертоническая болезнь, ревматоидный артрит, мигрень, сахарный диабет (СД), гипертиреоз; тогда как заблокированные и нереализованные стремления к признанию, вниманию окружающих, а также другие, в том числе подавленные сексуальные импульсы, связанные с повышением активности холинергических структур, способствуют развитию язвенного колита, бронхиальной астмы (БА). Корни психодинамического конфликта, лежащего, например, в основе БА, усматривались в отношениях ребенка с матерью в раннем детстве. Отмечалось, что в анамнезе жизни больных астмой часто наблюдается отказ матери от заботы о своем ребенке, раннее лишение ребенка так называемой материнской среды. Ребенок, еще нуждающийся в материнской опеке, испытывающий потребность в ее заботе и страх быть отстраненным, реагирует на недостаточное внимание подавляемыми агрессивными импульсами и т.п. Стремясь сделать ребенка независимым, мать добивается обратного: у ребенка обостряется чувство незащитности и привязанность к матери. Специфический конфликт, связанный с астмой, был назван «сдерживаемым (или безголосым) плачем» ребенка. Обычный плач еще более отчуждает и без того не принимающую ребенка мать, тогда как, сдерживая рыдания, напрягая тем самым мышцы живота, шеи, напрягая диафрагму, ребенок начинает задыхаться, привлекая таким образом к себе мать, вызывая ее жалость. В исследованиях Т.М. French и F. Alexander приводится немало описаний подобного рода (French T.M., Alexander F., 1941).

Определенный этап исторического развития психосоматической медицины связывают с именем Ф. Данбар и ее ставшей классической работой «Эмоции и телесные нарушения» (1935). Широкою научную

известность приобрел и основанный ею в 1939 г. и существующий до настоящего времени журнал «Психосоматическая медицина» (см., например, Sapira J.D., 1992). Концепция «профиля личности» Ф. Данбар помещала в центр внимания личность больного, историю его жизни. Многолетнее изучение пациентов с соматическими нарушениями (а среди таких больных были страдающие артериальной гипертензией, коронарной болезнью, сердечными аритмиями, СД, аллергией, подверженные частым травмам) посредством психодинамических методов обследования выявило связь особенностей личности больного с вероятностью развития у него определенного соматического заболевания. Были выделены и описаны так называемые гипертонический, коронарный, аллергический и склонный к повреждениям типы личности, а также «язвенная личность», «артрическая личность». Так, например, больные гипертонической болезнью характеризовались как амбициозные, неуверенные в себе, находящиеся в перманентном конфликте с вышестоящими лицами, имеющие сформированный в детстве внутренний конфликт между агрессивностью и чувством вины, между независимостью и стремлением обрести защиту. Исследование семей, в которых ребенок страдал язвой двенадцатиперстной кишки (*duodenal peptic ulcer*), позволило выявить и так называемую *ulcero*-генную мать со специфической личностной организацией (см., например, Christodoulou G.N., 2012).

Считалось, что личностные типы и профили, описанные Ф. Данбар и ее последователями, обладают диагностическим, прогностическим и терапевтическим значением. Представляли интерес работы по так называемой слепой диагностике, когда перед группой специалистов ставилась задача: опираясь лишь на данные сугубо психологического обследования, поставить пациенту диагноз органического заболевания. Диагноз затем подтверждался или опровергался объективными методами (рентгенологическими, лабораторными и т.п.). В этой связи получила развитие «теория аутопатологии», согласно которой ответственным за возникновение заболевания является сам человек, ибо болезнь есть не что иное, как реализация в определенных жизненных условиях психологического профиля личности. Все это так или иначе закладывало основы превентивной (профилактической) медицины за счет выявления индивидов «высокого риска» с последующей разработкой и развитием профилактических мер.

Многочисленные исследования тех лет, а также последующих лет, нацеленные на поиск некоего личностного типа, предрасполагающего к тому или иному заболеванию, так и не увенчались успехом (Witusik A. et al., 2018; Verma R., Mansuri M.G., 2018). Выделенные с помощью

опросника ММРІ личностные профили больных астмой оказались сходными лишь в одном — в наличии V-образной конфигурации так называемой невротической триады (соответственно шкалы 1, 2 и 3). Данный паттерн, как известно, характерен для популяции больных с хроническими соматическими заболеваниями и расценивается как обусловленный неспецифическим влиянием хронической болезни на психику, в силу чего не может считаться уникальным для больных астмой (цит. по: Семенова Н.Д., 1997).

Узловым для психосоматической медицины стало понятие психосоматической специфичности, превратившееся в ее основной объяснительный принцип. Это понятие (или гипотеза) родилось скорее в клинике, нежели в ходе исследовательской работы. Шел поиск содержательной, логической, однозначной связи между психологическими феноменами и клиническими симптомами. Данная гипотеза была впервые сформулирована Ф. Александером в 1934 г. в статье о роли психологических факторов в патогенезе желудочно-кишечных заболеваний. «Гипотеза специфичности» определялась как физиологический ответ на эмоциональные стимулы, как нормальные, так и патогенные. Каждое эмоциональное состояние имеет свой физиологический синдром. Специфичными для болезни являются не отдельные психологические факторы, а их психодинамическая констелляция. Гипотезу психосоматической специфичности составляют следующие три группы переменных. Во-первых, это специфическая природа психических факторов (психологический паттерн конфликта и защита), являющихся причиной соматического нарушения. Активирующийся конфликт и сопровождающие его эмоции приводят в действие физиологические, гормональные и прочие процессы, инициирующие впоследствии нарушение, к которому имеется предрасположенность. Во-вторых, это актуальная жизненная ситуация пациента или ситуация запускающая, способствующая развитию первых симптомов. Речь идет о преморбидных характеристиках, условиях и специфических жизненных событиях. В-третьих, это фактор предрасположенности, некоторая конституциональная органическая уязвимость, унаследованная или приобретенная в раннем возрасте органом или системой органов. Так, например, при БА речь может идти о факторах иммунологического характера (IgE антитела), играющих роль в predisпозиции. Эти группы переменных не являются независимыми. Их взаимосвязь определяется хотя бы тем, что запускающая ситуация не является вещью абсолютно случайной. Напротив, лица с определенными психологическими predisпозициями могут неосознанно искать именно те жизненные ситуации, которые по своей природе

де комплементарны их предрасположенности. Элементами комбинированной специфичности являлись тревога и подавленные импульсы, фрустрация и чувство вины, чувство неполноценности.

Находки вышеназванной статьи Ф. Александера были затем распространены на более широкую группу заболеваний — БА, мигрень, гипертоническая болезнь. Позже в эту группу вводятся эндокринно-метаболические нарушения (СД, гипогликемия), кожные заболевания (экзема, нейродермит, хроническая крапивница), а также скелетно-мышечные нарушения (ревматоидные артриты). В итоговых работах сотрудников института Ф. Александера и его последователей собирается и обсуждается знаменитая «семерка заболеваний психосоматической специфичности»: язва двенадцатиперстной кишки, язвенные колиты, БА, нейродерматиты, ревматоидные артриты, гипертоническая болезнь, тиреотоксикоз (Александр Ф., 2006). Предсказательную и объяснительную силу гипотезы психосоматической специфичности проверяли, например, с помощью «естественного эксперимента» с двумя мужчинами-близнецами, один из которых к моменту исследования страдал язвой двенадцатиперстной кишки; позже при неблагоприятной запускаящей ситуации то же случилось и со вторым из близнецов.

Гипотеза психосоматической специфичности в клинике внутренних болезней получила дальнейшее развитие в известных для своего времени работах J.J. Groen (см., например, Fava G.A., Sonino N., 2000). Рассматривалась этиологическая роль эмоционального конфликта, анализировались случаи «спонтанного» излечения при изменении жизненной ситуации. Клиническими наблюдениями подтверждалось, что больные психосоматическими заболеваниями отличаются от здоровых лиц и от лиц, страдающих иными соматическими заболеваниями, наличием комбинации определенных личностных черт. Рассматривались внутренние конфликтные ситуации определенного типа, предшествующие запуску заболевания. Подобные ситуации были выделены для такой группы заболеваний, как язвенный колит, язва двенадцатиперстной кишки, БА. Менее строго они прослеживались при других заболеваниях — туберкулез легких, ревматоидный артрит, гипертоническая болезнь.

Исследования в русле идей о психосоматической специфичности до сих пор не утратили своей актуальности и в настоящее время продолжают. Как полагают, следует искать ее дальнейших подтверждений, применяя разные, в том числе новейшие, исследовательские стратегии (см., например, Wise T.N., 2014; Leigh H., 2019; Witusik A. et al., 2018).

В русле психосоматического направления появились и такие рассуждения. Индивид с определенным характерологическим складом реагиру-

ет на трудную ситуацию эмоциональным конфликтом; если данный конфликт не разрешается путем действия или в речевом плане, то возникает острое или хроническое эмоциональное напряжение, происходит поиск иного пути выхода, через вегетативную систему и т.п., что приводит к развитию болезни. Позже данный процесс стали называть «психосоматическим ответом на стресс» и связывали уже с иной моделью психосоматического симптомообразования (Wise T.N., Balon R., 2015).

К психоаналитическому направлению можно отнести и работы, выполненные в рамках теории объектных отношений британской школы психоанализа (Sanfeliu I., Walters K., 2018). Психогенез симптомов, а также парадоксальные «позитивные» аспекты психосоматических заболеваний великолепно описывает, например, Д.В. Винникотт (Винникотт Д.В., 2019).

Важным этапом в плане поиска механизмов психосоматического симптомообразования считают и такие модели симптомообразования психосоматических расстройств в психоанализе, как «десоматизация-ресоматизация» М. Шура и «двухфазное вытеснение» А. Митчерлиха. Концепция «десоматизации-ресоматизации», выдвинутая в 1920-х годах, выстраивалась на клиническом материале кожных заболеваний. В основе концепции лежит представление о неразрывности соматических и психологических (эмоциональных) процессов у человека в период раннего детства — «закон двойного выражения чувств», период сомато-вегетативного реагирования первых лет жизни, ослабевающего по мере взросления. Нормальное развитие сопровождается уменьшением доли соматического в проявлении чувств и соответствует понятию десоматизации. В ходе такого процесса растущий индивид становится все более независимым от вегетативных проявлений для поддержания гомеостаза. Патологическое развитие (дизонтогенез) определяется как «ресоматизация», то есть возвращение к соматическому способу реагирования. В соответствии с этой теорией предрасположенность к психосоматическим расстройствам и формирование психосоматических заболеваний у детей обусловлены недостаточной дифференциацией эмоциональных и соматических проявлений, а у лиц более старшего возраста — реагированием по детскому типу, когда отрицательное эмоциональное реагирование трансформируется в нарушение соматических функций.

Развитие психоаналитического направления связывается и с такими именами, как М. Balint, G. Ammon, J. McDougall. Так, М. Balint предложил оригинальное приложение психосоматического подхода к отношениям в диаде «врач — больной» (Balint M., 1964). Г. Аммон/G. Ammon (Аммон Г., 2022) делал акцент на особой значимости ранних эмоцио-