

# ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Руководство  
для практических врачей

*Под редакцией академика РАН А.Б.Смулевича*

УДК 616.89

ББК 56.14

П86

*Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.*

*Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.*

*Информация для врачей. Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.*

**Книга печатается в авторской редакции.**

**Психосоматические расстройства: Руководство для практических  
П86 врачей /** Под ред. акад. РАН А.Б.Смулевича. – Москва : МЕДпресс-информ,  
2019. – 496 с. : ил.

ISBN 978-5-00030-778-6

Монография, выполненная в междисциплинарной традиции, предполагает освещение широкого круга вопросов – от концептуальных проблем общей психопатологии психических расстройств, наблюдающихся в общей медицине, до «профильных» характеристик клинических образований при разных дисциплинах (неврология, кардиология, онкология, дерматология и др.). В работе представлена оригинальная психопатологическая модель и клиническая систематика психосоматических расстройств. Детально освещаются первостепенные для повседневной клинической практики проблемы современных подходов и практических рекомендаций к дифференциальной диагностике психических расстройств, наблюдающихся в общей медицине. Монография содержит сведения о стратегии и тактике психофармако- и психотерапии пациентов с психосоматическими расстройствами с использованием современных лечебных и реабилитационных технологий. Представлено большинство лекарственных препаратов, рекомендованных к использованию в повседневной практике, и методики их применения в конкретных клинических ситуациях.

Книга адресована широкому кругу медицинских работников, занятых в практическом здравоохранении: психиатрам, терапевтам, кардиологам, онкологам, дерматологам, а также врачам других специальностей, клиническим психологам, организаторам здравоохранения.

Издание может быть рекомендовано в качестве учебного пособия для слушателей системы последиplomного образования.

УДК 616.89

ББК 56.14

ISBN 978-5-00030-778-6

© Оформление, оригинал-макет, иллюстрации.  
Издательство «МЕДпресс-информ», 2019

## АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ

*Смулевич Анатолий Болеславович* – академик РАН, д.м.н., профессор, заведующий отделом по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», зав. кафедрой психиатрии и психосоматики лечебного факультета ФGAOY BO Первый MГМУ им. И.М.Сеченова МЗ РФ (Сеченовский университет).

*Брюхин Андрей Евгеньевич* – к.м.н., доцент, профессор кафедры психиатрии и медицинской психологии ФGAOY BO «Российский университет дружбы народов».

*Васильева Анна Владимировна* – д.м.н., доцент, главный научный сотрудник отделения лечения пограничных состояний и психотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева» МЗ РФ.

*Волеь Беатриса Альбертовна* – д.м.н., профессор кафедры психиатрии и психосоматики лечебного факультета, зав. психотерапевтическим отделением УКБ №3 ФGAOY BO Первый MГМУ им. И.М.Сеченова МЗ РФ (Сеченовский университет).

*Воронова Евгения Ивановна* – к.м.н., доцент кафедры психиатрии и психосоматики лечебного факультета ФGAOY BO Первый MГМУ им. И.М.Сеченова МЗ РФ (Сеченовский университет).

*Голимбет Вера Евгеньевна* – д.б.н., профессор, руководитель лаборатории клинической генетики ФГБНУ «Научный центр психического здоровья».

*Горобец Людмила Николаевна* – д.м.н., профессор, руководитель отделения психонейроэндокринологии МНИИП – филиала ФГБУ «НМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России.

*Дамулин Игорь Владимирович* – д.м.н., профессор кафедры нервных болезней и нейрохирургии лечебного факультета, ведущий научный сотрудник ФGAOY BO Первый MГМУ им. И.М.Сеченова МЗ РФ (Сеченовский университет).

*Дороженок Игорь Юрьевич* – к.м.н., доцент кафедры психиатрии и психосоматики лечебного факультета ФGAOY BO Первый MГМУ им. И.М.Сеченова МЗ РФ (Сеченовский университет).

*Дубницкая Этери Брониславовна* – д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, главный научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр психического здоровья».

*Иванов Станислав Викторович* – д.м.н., профессор, главный научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр психического здоровья».

*Ивашкин Владимир Трофимович* – академик РАН, д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, заслуженный деятель науки РФ, главный гастроэнтеролог Минздрава РФ, президент Российской гастроэнтерологической ассоциации, зав. кафедрой и директор Клиники пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х.Василенко, УКБ №2 ФGAOY BO Первый МГМУ им. И.М.Сеченова МЗ РФ (Сеченовский университет).

*Клюшник Татьяна Павловна* – д.м.н., профессор, директор ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», руководитель лаборатории нейрориммунологии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья».

*Костюк Георгий Петрович* – д.м.н., профессор, главный внештатный специалист-психиатр Департамента здравоохранения г. Москвы, главный врач ГБУЗ г. Москвы «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А.Алексеева ДЗМ», профессор отдела аспирантуры и ординатуры ФГБНУ «Научный центр психического здоровья».

*Львов Андрей Николаевич* – д.м.н., профессор, руководитель отдела клинической дерматовенерологии и косметологии ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» Департамента здравоохранения г. Москвы.

*Масякин Антон Валерьевич* – к.м.н., заместитель главного врача по медицинской части (по организационно-методической работе) ГБУЗ г. Москвы «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А.Алексеева ДЗМ», доцент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК МР ФGAOY BO «Российский университет дружбы народов».

*Незнанов Николай Григорьевич* – д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева» МЗ РФ, научный руководитель отделения гериатрической психиатрии Центра, зав. кафедрой психиатрии и наркологии ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, главный внештатный специалист-эксперт по психиатрии Росздравнадзора, президент Всемирной ассоциации динамической психиатрии, президент Российского общества психиатров.

*Овчаренко Светлана Ивановна* – д.м.н., член Европейского общества респираторного общества, член Совета Российского общества пульмонологов, профессор кафедры факультетской терапии №1 ФGAOY BO Первый МГМУ им. И.М.Сеченова МЗ РФ (Сеченовский университет).

*Охлобыстина Ольга Зурабовна* – к.м.н., врач отделения хронических заболеваний кишечника и поджелудочной железы Клиники

пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х.Василенко, УКБ №2 ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова МЗ РФ (Сеченовский университет).

*Петелин Дмитрий Сергеевич* – к.м.н., ассистент кафедры психиатрии и психосоматики лечебного факультета ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова МЗ РФ (Сеченовский университет).

*Полуэкттов Михаил Гурьевич* – к.м.н., доцент кафедры нервных болезней и нейрохирургии лечебного факультета, заведующий отделением медицины сна кафедры ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова МЗ РФ (Сеченовский университет).

*Романов Дмитрий Владимирович* – д.м.н., профессор кафедры психиатрии и психосоматики лечебного факультета ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова МЗ РФ (Сеченовский университет).

*Сидорова Ираида Степановна* – академик РАН, д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, заслуженный деятель науки РФ, профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова МЗ РФ (Сеченовский университет).

*Сыркин Абрам Львович* – д.м.н., профессор, зав. кафедрой профилактической и неотложной кардиологии лечебного факультета ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова МЗ РФ (Сеченовский университет).

*Сыркина Елена Абрамовна* – к.м.н., доцент кафедры профилактической и неотложной кардиологии лечебного факультета ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова МЗ РФ (Сеченовский университет).

*Читлова Виктория Валентиновна* – к.м.н., старший научный сотрудник, доцент ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», доцент кафедры психиатрии и психосоматики лечебного факультета ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова МЗ РФ (Сеченовский университет).

*Яхно Николай Николаевич* – академик РАН, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, профессор кафедры нервных болезней и нейрохирургии лечебного факультета ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова МЗ РФ (Сеченовский университет).

# СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ .....	10
СОКРАЩЕНИЯ .....	14
ВВЕДЕНИЕ .....	16
<b>ЧАСТЬ I. Общая психопатология психосоматических расстройств .....</b>	<b>21</b>
<b>Раздел 1. Психические расстройства, реализующиеся в сомато-психической сфере, не имеющие медицинского обоснования .....</b>	<b>22</b>
Глава 1. Соматизированные психические расстройства конституционального и невротического регистров .....	22
1.1. Конституциональный регистр (Смулевич А.Б.) .....	22
1.1.1. Соматоперцептивная конституция .....	22
1.1.2. Ипохондрическая акцентуация .....	23
1.2. Невротические расстройства, реализующиеся явлениями телесного дистресса (Яхно Н.Н., Романов Д.В., Дамулин И.В.) ...	24
1.2.1. Конверсионное расстройство .....	24
1.2.2. Соматизированное расстройство .....	38
1.2.3. Соматоформное расстройство .....	39
1.3. Сочетанные (имплицированные) психопатологические соматические расстройства, формирующиеся на соматически измененной почве (органные неврозы) (Смулевич А.Б.) .....	42
Глава 2. Психические расстройства психотического регистра, реализующиеся в соматической сфере .....	43
2.1. Соматопсихоз (Волель Б.А.) .....	43
2.2. Дерматозойный бред (коэнестезиопатическая паранойя/ парафрения) (Романов Д.В.) .....	45
2.3. Ипохондрический (соматический) бред/ипохондрическая паранойя (Смулевич А.Б.) .....	50
2.4. Дисморфический бред (Смулевич А.Б.) .....	51

<b>Раздел 2. Аффективные расстройства в общей медицине</b> (Смулевич А.Б.) .....	53
<b>Раздел 3. Психосоматическая патология при шизотипическом расстройстве личности и заболеваниях шизофренического спектра</b> (Смулевич А.Б.) .....	63
<b>Раздел 4. Психические расстройства, спровоцированные (обусловленные) соматической патологией</b> .....	71
Глава 1. Нозогении (Смулевич А.Б.) .....	71
Глава 2. Соматогении (Иванов С.В.) .....	76
<b>Раздел 5. Соматические расстройства/болезни, спровоцированные (обусловленные) психической/характерологической патологией</b> .....	79
Глава 1. Самоповреждения (несуицидальные) как форма аутоагрессивного поведения (Романов Д.В., Львов А.Н.) .....	79
Глава 2. Клиника психогений, завершающихся манифестацией соматического заболевания (на модели сердечно-сосудистой патологии) (Смулевич А.Б., Сыркин А.Л.) .....	97
<b>Раздел 6. Биологические основы психосоматических расстройств</b> (Клюшник Т.П., Голимбет В.Е.) .....	102
Глава 1. Роль системы воспаления в развитии психосоматических расстройств .....	102
Глава 2. Молекулярно-генетические исследования коморбидности соматических и психических заболеваний .....	109
<b>ЧАСТЬ II. Частная психосоматика</b> .....	111
<b>Раздел 1. Состояния, ассоциированные как с соматической, так и с психической патологией</b> .....	112
Глава 1. Синдром хронической усталости и астенические расстройства в общей медицине (Волель Б.А.) .....	112
Глава 2. Расстройства сна (Полуэктов М.Г., Волель Б.А., Петелин Д.С.) .....	118
Глава 3. Расстройства пищевого поведения (Брюхин А.Е., Читлова В.В.) .....	129
<b>Раздел 2. Психические расстройства при болезнях различных органов и систем</b> .....	134
Глава 1. Психические расстройства при сердечно-сосудистых заболеваниях (Волель Б.А., Сыркина Е.А.) .....	134
Глава 2. Психические расстройства при легочных заболеваниях (Волель Б.А., Овчаренко С.И.) .....	144
Глава 3. Психические расстройства в гастроэнтерологии (Ивашкин В.Т., Иванов С.В., Охлобыстина О.З.) .....	153

Глава 4. Психические расстройства при эндокринных заболеваниях (Горобец Л.Н.) .....	161
Глава 5. Психические расстройства в акушерстве и гинекологии (Иванов С.В., Сидорова И.С.) .....	171
Глава 6. Психические расстройства в онкологии (Иванов С.В.) .....	188
Глава 7. Психические расстройства при ревматических заболеваниях (Волеь Б.А.) .....	200
Глава 8. Психическая патология при ВИЧ-инфекции и СПИДе (Читлова В.В.) .....	205
8.1. Нозогенная психическая патология при ВИЧ .....	207
8.2. Психическая патология при СПИДе .....	209
Глава 9. Психические расстройства в стоматологии (Дороженков И.Ю.) .....	211
Глава 10. Психические расстройства в урологии и нефрологии .....	214
10.1. Синдром раздраженного мочевого пузыря (Волеь Б.А.) .....	214
10.2. Психическая патология при хронической почечной недостаточности в условиях гемодиализа (Читлова В.В.) .....	214
<b>Раздел 3. Неотложные состояния в общемедицинской практике</b> (Иванов С.В.) .....	223
<b>Раздел 4. Оценка суицидального риска в учреждениях общей медицины (принципы врачебной тактики, правовые аспекты)</b> (Дубницкая Э.Б., Воронова Е.И.) .....	232
<b>ЧАСТЬ III. Дифференциальная диагностика</b> .....	239
Глава 1. Дифференциация психических и соматических расстройств (общие положения) (Смулевич А.Б.) .....	240
Глава 2. Дифференциальная диагностика психических нарушений в неврологии (Смулевич А.Б., Дамулин И.В., Романов Д.В.) .....	255
Глава 3. Дифференциальная диагностика в кардиологии (Сыркин А.Л., Сыркина Е.А.) .....	283
Глава 4. Дифференциальная диагностика в гастроэнтерологии (Иванов С.В., Ивашкин В.Т., Охлобыстина О.З.) .....	289
Глава 5. Дифференциальная диагностика в дерматологии (Романов Д.В., Львов А.Н.) .....	297
<b>ЧАСТЬ IV. Терапия и организация помощи пациентам с психосоматическими расстройствами</b> .....	305
<b>Раздел 1. Психофармакотерапия</b> .....	306
Глава 1. Общие принципы психофармакотерапии психосоматических расстройств (Иванов С.В.) .....	306
Глава 2. Психофармакотерапия соматизированных психических расстройств конституционального и невротического регистров, реализующихся в соматической сфере (Иванов С.В.) .....	315



Глава 3. Терапия психических расстройств психотического регистра, реализующихся в соматической сфере (Иванов С.В.) .....	319
Глава 4. Психофармакотерапия депрессий (Иванов С.В.) .....	321
Глава 5. Психофармакотерапия психосоматических расстройств при шизотипическом расстройстве личности и заболеваниях шизофренического спектра (Смулевич А.Б., Иванов С.В.) .....	328
Глава 6. Психофармакотерапия нозогенных реакций (Иванов С.В.) ....	333
Глава 7. Психофармакотерапия соматогенных психозов (Иванов С.В.) .....	335
Глава 8. Частные вопросы психофармакотерапии психосоматических расстройств .....	339
8.1. Психофармакотерапия астенических состояний (Иванов С.В.) .....	339
8.2. Психофармакотерапия инсомнических расстройств (Иванов С.В., Полуэктов М.Г.) .....	340
8.3. Терапия расстройств пищевого поведения (Иванов С.В., Брюхин А.Е.) .....	349
8.4. Психофармакотерапия психических расстройств в кардиологии (Иванов С.В., Сыркин А.Л.) .....	355
8.5. Психофармакотерапия психических расстройств в акушерстве и гинекологии (Иванов С.В., Сидорова И.С.) .....	372
8.6. Терапия психических/психосоматических расстройств в дерматологии (Романов Д.В., Львов А.Н.) .....	392
<b>Раздел 2. Психотерапия в лечении психосоматических расстройств (Незнанов Н.Г., Васильева А.В.) .....</b>	<b>398</b>
<b>Раздел 3. Этические и нормативно-правовые основы организации специализированной помощи в общемедицинской сети (Костюк Г.П., Дубницкая Э.Б., Воронова Е.И., Мяскин А.В.) .....</b>	<b>410</b>
<b>ЛИТЕРАТУРА .....</b>	<b>419</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЯ .....</b>	<b>443</b>
<b>Приложение 1. Практические рекомендации по терапии психических расстройств в акушерстве и гинекологии .....</b>	<b>443</b>
<b>Приложение 2. Некоторые положения законодательства РФ в области психиатрии .....</b>	<b>451</b>
<b>ГЛОССАРИЙ .....</b>	<b>480</b>

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Предлагаемая читателю монография с учетом многолетнего опыта и полученных в последнее время результатов собственных научных исследований, а также анализа информации, приводимой в современной литературе, предполагает освещение широкого круга вопросов – от концептуальных проблем общей психопатологии психических расстройств, наблюдающихся в общей медицине, до «профильных» характеристик клинических образований при разных дисциплинах (неврология, кардиология, онкология, дерматология и др.).

Впервые в полном объеме в открывающей монографию части рассматриваются сложные психосоматические зависимости, характеризующие психические расстройства (непсихотического и психотического регистров), формирующиеся как вне непосредственной связи с соматической патологией (конституциональные аномалии, невротические образования, реализующиеся явлениями телесного дистресса, соматопсихоз, ипохондрический/соматический бред и др.), так и этой патологией провоцируемые/обусловленные (нозогении, соматогении).

В I части работы выделен раздел, посвященный аффективным расстройствам, в котором анализируется дискуссионная проблема «общих симптомов». Последние (астения, расстройства цикла сон–бодрствование, изменения массы тела, гипо-, гиперкинетические дискинезии желудочно-кишечного тракта [ЖКТ] и пр.), выступая в соотношении, определяющем психопатологическую и соматическую составляющие сложного по структуре депрессивного синдрома, интерпретируются как свойство депрессий аффилировать (присоединять) к структуре гипотимии симптоматику коморбидной соматической патологии. Тем самым выдвигается принципиально новая концепция, позволяющая квалифицировать «общие симптомы» в пределах аффективной, но не соматической патологии, что способствует уточнению дифференциально-диагностических критериев, а также рациональной терапии депрессий в общемедицинской практике.

Особое внимание уделяется клинической характеристике психической патологии при шизотипическом расстройстве личности (ШРЛ)

и заболеваниях шизофренического спектра. На базе уточненных данных выделяется группа психопатических/психопатоподобных расстройств сложной дименсиональной структуры, дифференцирующим признаком которых являются врожденные/нажитые черты психопатологического диатеза (патологическая ориентация в процессах собственной сомато-психической сферы, гротескность, необычность телесной перцепции). Это свойство впервые определяется как феномен телесного аутизма, участвующего в механизмах формирования эндоформных соматизированных расстройств и шизотипических/шизофренических нозогенных реакций. Такое концептуальное обоснование не только расширяет возможности дифференциальной диагностики (подразделение шизотипических нозогений на диссоциативный тип с аутодеструктивными тенденциями – синдром откладывания; со сверхценными/бредовыми образованиями и с устойчивостью к проявлениям болезни), но и определяет инновационные подходы к терапии и реабилитации этого контингента, позволяя вносить коррекцию в дезадаптивное поведение пациентов при такой жизнеугрожающей патологии, как онкозаболевание.

В главе, посвященной клинике психогений, завершающихся манифестацией соматического заболевания на модели сердечно-сосудистой патологии, впервые позиционируется построенная с учетом конституциональной predisпозиции типология стресс-провоцированных психосоматических реакций. Выделение реакций кататимных, формирующихся по механизму ключевого переживания с изначальной экспозицией аффекта на телесную сферу, и тревожных/истеродепрессивных, завершающихся (в соответствии с механизмом конверсии) соматизацией психопатологических расстройств, обеспечивает научное обоснование важных для терапии и профилактики обострений кардиальной патологии рекомендаций.

Детально освещаются значимые для теоретической психиатрии и первостепенные для повседневной клинической практики проблемы современных подходов и практических рекомендаций к дифференциальной диагностике психических расстройств, наблюдающихся в общей медицине.

Особое место в этой части книги (наряду с дифференциально-диагностическими рекомендациями, вытекающими из результатов исследований, проведенных в кардиологической, гастроэнтерологической, дерматологической и других клиниках внутренней медицины) отведено всестороннему анализу психической патологии, коморбидной неврологическим заболеваниям (за исключением эпилепсии и деменции)<sup>1</sup>. Речь идет о находящихся в фокусе современных исследований сложных для

<sup>1</sup> По этой причине в самостоятельную главу обсуждение психических расстройств в неврологической клинике не выносится. Аналогичным образом в книге отсутствует отдельная глава, посвященная психическим расстройствам в дерматологии, поскольку анализ проблем, связанных с этой дисциплиной, оказалось целесообразным привести в других главах и разделах монографии.

диагностики состояниях, представленных широким диапазоном расстройств – от функциональных (сенсорных и двигательных) до органических, обусловленных церебральной патологией. В этом аспекте (начиная с первых глав монографии) рассматриваются не только конверсионные<sup>2</sup>, алгические и судорожные «функциональные» синдромы, но и нейропсихиатрические проявления депрессий, псевдобульбарного аффекта (аффективная лабильность, недержание аффекта), галлюцинаторно-бредовых, кататонических и деперсонализационных расстройств. В итоге разработаны критерии раннего выявления, выбора оптимальных многонаправленных программ и терапевтического мониторинга изученной патологии.

Монография содержит сведения о стратегии и тактике психофармако- и психотерапии пациентов с психосоматическими расстройствами с использованием современных лечебных и реабилитационных технологий. Представлено большинство лекарственных препаратов, рекомендованных к использованию в повседневной практике, и методики их применения в конкретных клинических ситуациях.

Приверженность к полипрофессиональному, интегративному подходу к исследованию психических расстройств в общей медицине отражает творческое содружество с крупными отечественными учеными, определяющими направления исследований ведущих клиник внутренней медицины, – академиками РАН В.Т.Ивашкиным, И.С.Сидоровой и Н.Н.Яхно, профессорами А.Л.Сыркиным, А.Н.Львовым, С.И.Овчаренко и др., в соавторстве с которыми выполнен ряд разделов и глав монографии. В главе, выполненной профессорами Т.П.Ключник и В.Е.Голимбет, представлено современное состояние фундаментальных нейробиологических проблем психосоматической медицины (иммунология, молекулярная генетика).

Такие важные аспекты, как психоэндокринология и психотерапия психосоматических расстройств, освещаются известными психиатрами – профессорами Л.Н.Горобец и Н.Г.Незнановым соответственно.

Вопросы организации помощи пациентам с психическими расстройствами, наблюдающимся в общемедицинской практике, рассматриваются в книге с участием главного специалиста-психиатра Департамента здравоохранения Москвы профессора Г.П.Костюка. В рамках модели «встречного движения» психосоматические расстройства выступают как междисциплинарное (интегрирующее психиатрию и общую медицину) направление современной медицины. Модель концептуализирует объединение состояний, общий признак которых – сочетание расстройств психической и соматической сферы, а также специфику медицинского обслуживания этого контингента. Оказание специализированной помощи при психосоматических расстройствах предполагает тесное взаимодействие

---

<sup>2</sup> Отметим, что конверсионные расстройства, имитирующие соматическую патологию практически любого профиля, рассматриваются в соответствии с конкретными медицинскими специальностями.

психиатров с интернистами, осуществляемое обычно либо в медицинских учреждениях общего типа (многопрофильная больница, территориальная поликлиника), либо в специализированных психосоматических клиниках.

Авторы надеются, что проникнутая духом клинического мышления монография откроет перспективы для практического применения – построения прогноза, выбора оптимальных лечебно-реабилитационных программ, и тем самым предоставит практическому врачу исходные рамки и достоверный рабочий материал, позволяющий структурировать и анализировать свой клинический опыт.

Для несведущего в психиатрии читателя немаловажным представляется используемый авторами понятийный аппарат, образующий то поле значений и смыслов, которое ему предстоит освоить. Отметим, что терминология настоящего издания принадлежит к понятийному строю как различных профилей общей медицины (кардиология, онкология, дерматология, ревматология и др.), так и к психиатрическому лексикону и преодолеть барьер профессиональной лексики достаточно сложно. С точки зрения авторов восприятие текста может облегчить глоссарий психиатрических терминов, которым снабжено руководство.

В заключение авторы выражают глубокую признательность коллегам, чьи поддержка и советы помогли в создании этой книги.

Особая благодарность ректору ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), академику РАН, доктору медицинских наук, профессору Петру Витальевичу Глыбочко, по инициативе и при деятельном участии которого открыто и успешно функционирует психотерапевтическое отделение университетской клинической больницы (УКБ) №3 – центральная клиническая база, обеспечившая отбор и стратификацию материала для исследования.

Сердечное спасибо заведующему кафедрой нервных болезней и нейрохирургии ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова МЗ РФ (Сеченовский университет), доктору медицинских наук, профессору Владимиру Анатольевичу Парфенову, предоставившему возможность выполнить психоневрологический раздел работы.

Авторы благодарны главным врачам УКБ №3 ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова МЗ РФ (Сеченовский университет) Владимиру Владленовичу Панасюку и клиники ФГБНУ НЦПЗ Ольге Сергеевне Румянцевой за активное содействие в сборе клинического материала, обобщенного в монографии.

Сердечная признательность видным специалистам в области гинекологии, нефрологии и психиатрии профессорам Ирине Всеволодовне Кузнецовой, Евгению Михайловичу Шилову, Владимиру Вениаминовичу Калинину за ценные советы и критические замечания.

## ВВЕДЕНИЕ

Психосоматика – самостоятельная медицинская дисциплина, предметом которой является изучение взаимосвязи психических и соматических процессов в картине болезни на основе интегративного подхода (междисциплинарные исследования психиатров и интернистов, взаимодействующих в рамках психосоматической парадигмы).

Возникнув на «стыке» психиатрии, неврологии и внутренней медицины, понятие «психосоматическая медицина», как и сама специальность, имевшая в своей истории различные определения (и, соответственно, различное содержание), меняет свой смысл. Современная психосоматика все дальше отходит от позиций ортодоксального психоанализа и не ограничивается психогенезом как основной этиологической концепцией. Психическая патология, относимая современными исследователями к компетенции психосоматической медицины, интерпретируется в свете мультифакторного этиопатогенеза, объединяющего психические, соматические и средовые воздействия. Диагноз устанавливается дифференцированно, с учетом вклада и взаимодействия этих факторов.

Развитие психосоматического направления рассматривается сегодня как одна из наиболее актуальных медико-социальных проблем, в решении которых ключевая роль отводится специалистам первичного медико-санитарного звена. К такому выводу приходят не только отечественная и зарубежная научные школы, но и эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). В материалах ВОЗ (2005, 2012) особое внимание уделяется необходимости обеспечения высокого качества доступной специализированной помощи контингенту страдающих психосоматической патологией. Подчеркивается, что такая помощь должна (и может) осуществляться работниками общемедицинской практики при условии повышения их квалификации в области диагностики и лечения психосоматических расстройств.

Приоритетное положение психосоматического направления в сфере политики психического здоровья аргументируется высокой

обращаемостью в общемедицинскую сеть по поводу психических/психосоматических расстройств. Известно, что в своей повседневной практике интернист постоянно сталкивается с проблемой лечения таких «трудных» больных.

Первостепенную важность проблемы психосоматических расстройств, обсуждавшей недавно на заседании Общественной палаты РФ, иллюстрируют результаты масштабных эпидемиологических полипрофессиональных программ, выполненных в последние 10–15 лет (КОМПАС, 2003–2004; ПАРУС, 2006–2007), в которых участвовало более 1000 врачей из 42 городов и регионов РФ (терапевты, кардиологи, неврологи, эндокринологи, гастроэнтерологи, дерматологи, пульмонологи, ревматологи, семейные врачи). Установлены высокие показатели распространенности психических/психосоматических расстройств в общемедицинской сети, достигающие в совокупности 86,5%. Только для психогенных реакций, обусловленных/провоцированных соматическим заболеванием, этот показатель составляет 28,2%, для расстройств депрессивного спектра – 45,9%, для соматоформных/ипохондрических нарушений – 28,1%.

Кроме того, психосоматическая патология сопровождается высоким глобальным бременем болезни (значительные экономические затраты), повышает показатели нетрудоспособности, снижает адаптацию и качество жизни пациентов. Негативное влияние коморбидной психической патологии на соматическое заболевание иллюстрируют данные из области психокardiологии (установлено, что депрессия является независимым фактором риска развития ишемической болезни сердца [ИБС] и сердечно-сосудистых событий, в 2,5 раза повышающим смертность, и оказывает воздействие, сопоставимое с дисфункцией левого желудочка и/или инфарктом миокарда [ИМ] в анамнезе).

## Классификация психосоматических расстройств

Состояния, относимые к психосоматическим расстройствам, включают не только психосоматические заболевания в традиционном понимании, но и значительно более широкий круг нарушений: соматизированные психические расстройства (соматоформные, органоневротические, маскированные телесными ощущениями аффективные и др.), обусловленные/провоцированные соматической болезнью психогенные реакции, ипохондрические развития (ИР). При этом психосоматическая патология формируется на базе личностной акцентуации, определяющей ответ на стрессогенное воздействие соматической вредности. К спектру психосоматических принадлежат психические расстройства, осложняющиеся соматической

патологией (нервная анорексия [НА]/нервная булимия [НБ], алкоголизм и др.)<sup>1</sup>, психопатологические состояния, сопровождающиеся телесно ориентированной аутоагрессией (артифициальные расстройства), а также психические нарушения, осложняющие некоторые методы лечения (астенические, аффективные и анксиозные состояния, развивающиеся у больных, получающих гемодиализ, и др.). В ряде исследований в пределах психосоматических интерпретируются психопатологические состояния, возникающие в связи с репродуктивным циклом женщин (синдром предменструального напряжения и предменструальное дисфорическое расстройство [ПМДР]; депрессии беременных, синдром грусти рожениц и послеродовые депрессии [ПРД], инволюционная истерия и др.). К психосоматическим расстройствам причисляют также соматопсихозы и симптоматические психозы – делирий, аменцию, галлюциноз и др.

Широкий спектр психопатологических регистров – от невротических до аффективных и эндоформных, представленный в клинической картине психосоматических расстройств, расходится с отсутствием единой, объединяющей эти расстройства клинической концепции и находит отражение в современных классификациях психических заболеваний лишь отчасти.

Так, в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) психосоматические расстройства могут классифицироваться в разных разделах: «Органические, включая симптоматические психические расстройства» (рубрики F04-F07, соответствующие реакциям экзогенного типа по К.Вонхофферу), «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (рубрики F44.4-F44.7, соответствующие психогениям, и F45 – собственно соматоформные расстройства), а также «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами» (рубрики F50-F53) и преднамеренно вызванные – *factitious disorders* – расстройства соматических функций – F68.1.

Таким образом, целый ряд психосоматических расстройств, несмотря на то что многие из них включены в официальные систематики – МКБ и DSM (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders – Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам), трактуется неоднозначно. Такое положение не позволяет осуществлять сопоставление получаемых данных и затрудняет адекватную оценку потребности в медицинской помощи при той или иной патологии.

В этой ситуации ключевой задачей становится разработка систематики психосоматической патологии. Особое значение приобретает медицинская, клиническая модель психосоматических расстройств, предлагаемая читателю настоящего издания.

<sup>1</sup> Такие формы, как ожирение, алкоголизм, а также психосексуальные девиации в настоящем издании не обсуждаются.



Представляемые в работе материалы базируются на систематике психических расстройств в общей медицине, разработанной авторским коллективом под руководством академика А.Б.Смулевича (сотрудники ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» [директор – д.м.н., проф. Т.П.Клюшник] и кафедры психиатрии и психосоматики лечебного факультета ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова МЗ РФ (Сеченовский университет) [ректор – академик РАН П.В.Глыбочко]).

Клиническая классификация психических расстройств в общей медицине (табл. 1) предполагает выделение четырех крупных классов, подразделяемых на категории в зависимости от взаимодействия психических, характерологических и соматических расстройств.

Структура настоящего издания согласуется с представленной в таблице 1 классификацией.

Таблица 1. Клиническая классификация психических расстройств в общей медицине

<b>I. Психические расстройства, реализующиеся в соматопсихической сфере, не имеющие медицинского обоснования</b>	
<b>А. Соматизированные психические расстройства конституционального и невротического регистров</b>	
1. Конституциональные аномалии соматопсихической сферы	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Соматоперцептивная конституция</li> <li>• Ипохондрическая акцентуация</li> </ul>
2. Невротическая патология, реализующаяся явлениями телесного дистресса	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Конверсионное расстройство</li> <li>• Соматизированное расстройство</li> <li>• Соматоформное расстройство</li> <li>• Маскированные депрессии</li> </ul>
3. Сочетанные (имплицированные) психопатологические-соматические расстройства, формирующиеся на соматически измененной почве	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Органные неврозы</li> </ul>
<b>Б. Психические расстройства психотического регистра, реализующиеся в соматической сфере</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Соматопсихоз</li> <li>2. Дерматозойный бред (коэнестезиопатическая паранойя/парафрения)</li> <li>3. Ипохондрический (соматический) бред</li> <li>4. Дисморфический бред</li> </ol>	
<b>II. Психические расстройства, спровоцированные (обусловленные) соматической/неврологической патологией</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нозогении</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Реакции</li> <li>• Развития</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Эндоформные расстройства (реакции эндогенного типа)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Эндоформные (эндогенноморфные) аффективные нозогении</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Соматогении</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Астенические расстройства</li> <li>• Соматогенные депрессии</li> <li>• Симптоматические психозы</li> </ul>

Таблица 1 (окончание)

**III. Психосоматические расстройства при конституциональной шизотипии (ШРЛ) и заболеваниях шизофренического спектра**

1. Синдром эндоформных соматизированных расстройств
2. Шизотипические/шизофренические нозогенные реакции:
  - по типу диссоциативных с аутодеструктивными тенденциями (синдром откладывания)
  - со сверхценными/бредовыми образованиями
  - с устойчивостью к проявлениям болезни

**IV. Соматические расстройства/болезни, провоцированные (обусловленные) психической патологией, расстройствами личности (РЛ) или психогенными факторами**

1. Самоповреждения (несуицидальные) как форма аутоагрессивного поведения
  - 1.1 Артифициальные/искусственные соматические расстройства (*factitious disorders*):
    - невротические эксориации
    - эксориированные акне
    - трихотилломания
  - 1.2. Синдром Мюнхгаузена
  - 1.3. Мазохистическое РЛ
- 
2. Психогенно провоцированные соматические расстройства
  - 2.1. Психосоматические заболевания\* (в традиционном их понимании)
  - 2.2. Стресс-индуцированные реакции психосоматического типа:
    - А. Преходящие (дисменорея, галакторея, психогенная крапивница, зуд функциональный (идиопатический), эмоциогенная эритема, гипертонический криз, рефлекторная астма, психогенный/поведенческий кашель)
    - Б. Завершающиеся манифестацией соматического заболевания: 1) реакции кататимные, формирующиеся по механизму ключевого переживания с изначальной экспозицией аффекта на телесную сферу; 2) реакции тревожные и истеродепрессивные, завершающиеся соответственно механизму конверсии соматизацией психопатологических расстройств

\* Понятием «психосоматические заболевания» (распространенность в популяции оценивается в 2–3%) изначально объединяли соматические болезни («великолепная семерка» психосоматозов: бронхиальная астма; артериальная [эссенциальная] гипертензия; пептическая язва желудка/двенадцатиперстной кишки, болезнь Крона; гипертиреоз/Базедова болезнь; нейродермит/атопическая экзема; хронический полиартрит/ревматоидный артрит), в патогенезе которых существенную роль играют неблагоприятные психические воздействия. В свое время их относили к числу соматоневрозоз (Carp E., Stokvis B., 1951), включающих также конверсионную истерию и органичные неврозы. Позднее вводится термин «психосоматозы», объединяющий расстройства функций органов/систем, формирующихся в связи с воздействием стрессогенных факторов при определенной личностной предрасположенности (Блейхер В.М., Крук И.В., 1957). В рамках психосоматозов выделяются истинные (органические – язвенная болезнь желудка, ИБС и др.) и функциональные психосоматические синдромы.

В настоящем издании термин «психосоматозы» используется исключительно применительно к перечисленным выше формам (психосоматические заболевания в традиционном понимании), что соответствует терминологии и дефиниции, приводимым в одном из последних зарубежных справочных изданий по психосоматике (Ардт П., Клинген Н., 2014).

Характеристика психосоматозов, трактуемых в свете клинической модели, на которую опирается использованная в монографии систематика, приводится в соответствующих разделах и главах и отдельно не рассматривается.

**ЧАСТЬ I ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ  
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ  
РАССТРОЙСТВ**

# ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, РЕАЛИЗУЮЩИЕСЯ В СОМАТОПСИХИЧЕСКОЙ СФЕРЕ, НЕ ИМЕЮЩИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБОСНОВАНИЯ

## Глава 1 Соматизированные психические расстройства конституционального и невротического регистров

### 1.1. Конституциональный регистр

*Смулевич А.Б.*

#### 1.1.1. Соматоперцептивная конституция

Соматоперцептивная психопатия по R.Lemke (1951) – соматопатическая акцентуация РЛ различных типов (аффективного, тревожно-мнительного, ананкастного, истерического, пограничного, шизоидного, параноидного и др.). Определяет конституциональное предрасположение к соматическим, невротическим и ипохондрическим реакциям и развитиям; ответственна за уязвимость к воздействию соматической болезни. Подразделяется на три типа:

- *Невропатия* (Morel V.D., 1860; Staudenmayer H., 1997) характеризуется гиперсенестезией в сфере телесной перцепции (гиперпатии, метеопатии, алгии, псевдомигрени), врожденной неполноценностью вегетативных функций (сосудистые кризы, головокружения, ортостатические обмороки, сердцебиения, гипергидроз и др.), расстройствами сна (инсомния, диссомния, гиперсомния), гипостенией (повышенная психическая утомляемость, непереносимость высоких физических нагрузок). Проявления невропатии чаще всего наблюдаются при конституциональных аномалиях тревожного (тревожно-мнительные, психастеники), истерического (истероипохондрики), сенситивно-шизоидного круга, у личностей эмоционально лабильных, с неустойчивостью телесного самосознания, склонностью к замещению эмоциональных реакций (тревога, страх и др.) конверсионными, соматизированными расстройствами (спазмы, ощущения удушья, тошнота, тремор и др.).

- *Соматотония* (Sheldon W., 1940) представлена гедонистическим ощущением повышенного телесного тонуса с потребностью в физической активности и толерантностью к высоким нагрузкам. Характерен «культ тела» со стремлением к поддержанию «безупречной» физической формы (здоровый образ жизни, заимствованный из популярных стереотипов, фитнес, различные виды спорта). Проявления соматотонии чаще всего накапливаются в патохарактерологическом пространстве аномалий аффективного круга (гипертимическое, пограничное РЛ), а также при экспансивно-шизоидном и нарциссическом РЛ.
- *Проприоцептивный диатез* (Rado S., 1953) определяется в первую очередь явлениями телесного аутизма (аутистическое, отражающее отрыв от реалий телесного функционирования – схематическое представление о физиологических процессах собственного организма), необычностью, а подчас гротескностью, парадоксальностью телесных ощущений, выступающих как эпифеномен вне контекста повседневной жизнедеятельности (вне связи с приемом пищи, физическими нагрузками, циклом сон–бодрствование). Отношение к проблемам собственного здоровья и соматического функционирования у лиц с явлениями проприоцептивного диатеза не соответствует конвенциональным нормам и культурным стереотипам и нередко принимает крайние, причудливые формы (пренебрежение общепринятыми гигиеническими процедурами, особые диеты, разработанные до мельчайших деталей схемы самоощажения, ИР – у одних; не соответствующие возрасту физические нагрузки, экстремальные виды спорта или способы закаливания – у других). Малозаметные в обыденной жизни проявления телесного аутизма приобретают в условиях экстремальной медицинской ситуации свойства явных чудачеств («рациональное», лишенное эмоций восприятие угрожающего жизни заболевания, убежденность в способности собственными силами преодолеть телесный недуг, отказ от оперативного вмешательства, нарушения регламента медикаментозных назначений, собственные методы лечения и пр.). ДимENSIONАЛЬНЫЕ патохарактерологические структуры, определяющие явления проприоцептивного диатеза, чаще всего выступают в рамках РЛ шизоидного круга (ШРЛ и другие расстройства шизофренического спектра [РШС], параноидное РЛ).

### **1.1.2. Ипохондрическая акцентуация**

Ипохондрическая стигматизация по E.Kahn (1928); соматосенсорная акцентуация по J.Abramovitz (2008) – дискретная категория – составляющая различных типов РЛ – истерического, нарциссического, ананкастного, шизоидного, аффективного.

В ряду аномальных личностных свойств – ограниченность интересов пространством собственного тела, стойкая фиксация на деятельности

внутренних органов и/или состоянии кожного покрова, озабоченность – тревога о здоровье, превышающая основания к ней, склонность оценивать свойственные нормальной телесной перцепции висцеральные ощущения как патологические, относящиеся к симптомам болезни, стремление к коррекции фиксируемых или воображаемых признаков соматического неблагополучия с многократными обращениями за медицинской помощью, стремлением к самолечению, принимающим в некоторых случаях формы аутоагрессивного поведения<sup>1</sup>.

## 1.2. Невротические расстройства, реализующиеся явлениями телесного дистресса<sup>2</sup>

*Яхно Н.Н., Романов Д.В., Дамулин И.В.*

Невротическая патология, реализующаяся в соматической сфере, не имеющая медицинского обоснования, – соматически необъяснимые симптомы<sup>3</sup>, расстройство в форме соматических симптомов (somatic symptoms disorder – DSM-5).

К этой категории относятся:

- конверсионное расстройство;
- соматизированное расстройство;
- соматоформное расстройство («F45.4 Хроническое соматоформное болевое расстройство») – идиопатические алгии<sup>4</sup>.

Общей характеристикой этого контингента является избыточная обращаемость за медицинской помощью.

### 1.2.1. Конверсионное расстройство

Рубрика F44 по МКБ-10 (функциональные неврологические симптомы), проявляется патологическими телесными ощущениями, имитирующими топографически ограниченные выпадения, либо, напротив, амплификацию различных видов чувствительности (анестезия, гиперестезия кожных

<sup>1</sup> К числу ипохондрических акцентуаций может быть отнесена и категория «трудных больных» (difficult patients – King F., Groves J.E., 2018), обнаруживающих в условиях стационара общего типа резко девиантное (с импульсивными поступками), манипулятивное поведение, отказ от сотрудничества с медицинским персоналом, сутяжные тенденции, стремление к контролю медицинских назначений и др. Чаще всего эта категория представлена пограничным РЛ, РЛ диссоциального, нарциссического кластера, а также личностными аномалиями гипоманиакального круга.

<sup>2</sup> Расстройство с телесным дистрессом предполагает наличие телесных симптомов, вызывающих у индивида дистресс, и избыточное внимание, направленное на эти симптомы.

<sup>3</sup> Соматически необъяснимые симптомы имеют синоним «апофатические» (англ. *apophatic* – отрицательные) – G.Berrios, J.Marcova (2006).

<sup>4</sup> Хронический болевой синдром – эквивалент руминаций – неспособности адекватно отреагировать на боль однократно (Sansone R.A. et al., 2014).

# 2

## АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ОБЩЕЙ МЕДИЦИНЕ

*Смулевич А.Б.*

Депрессия – одна из наиболее частых форм (выявляется в среднем у 20% больных) психической патологии, наблюдающейся в общесоматической сети.

Депрессия рассматривается в числе ведущих факторов, ответственных за дезадаптацию пациентов с хроническими соматическими заболеваниями:

- значительно ухудшает комплаенс (отказ от рекомендованных лекарственных назначений, физических упражнений и других реабилитационных мероприятий, несоблюдение диеты);
- может являться фактором, провоцирующим соматическое заболевание, утяжеляющим его течение и прогноз за счет амплификации (усиления) болевых, астенических, вегетативных симптомокомплексов. Депрессия осложняет терапию, повышает риск повторных госпитализаций и летального исхода.

Депрессия – психическое расстройство, проявляющееся патологически сниженным настроением (гипотимия), снижением общей активности, ухудшением самочувствия, телесного самоощущения, негативной пессимистической переоценкой прошлого, обесцениванием настоящего, сознанием бесперспективности будущего; обнаруживающее тенденцию к рекуррентному (фазному) течению.

Классический набор симптомов, определяющих клиническое пространство депрессий, обязательный для диагностики типичной депрессии, – тоска, патологический циркадианный ритм, соматовегетативные нарушения (расстройства сна, аппетита, снижение массы тела). Первостепенное значение для распознавания психической патологии приобретает содержательный комплекс депрессии: идеи малоценности, самообвинения, греховности, суицидальные мысли.

Однако, как свидетельствует клиническая практика, спектр депрессивных расстройств, наблюдающихся в общемедицинской сети, значительно шире и многообразнее – охватывает пространство аффективной патологии от транзиторного, связанного с неблагоприятными событиями снижения

настроения, до большого депрессивного эпизода – тяжелого дестабилизирующего синдрома.

Классификации депрессивных расстройств основываются на клинических, нейробиологических, когнитивных, генетических и других дифференцирующих признаках. В официальной международной систематике МКБ-10 основное значение придается характеристикам течения расстройств депрессивного спектра. Соответственно, выделяются единственный депрессивный эпизод, рекуррентная депрессия, биполярное расстройство, хронические аффективные расстройства (циклотимия, дистимия).

Однако для систематики депрессий и расстройств депрессивного спектра, наблюдающихся в общемедицинской сети, необходима классификация, учитывающая специфику этой аффективной патологии (соматогенные, нозогенные депрессии, соматогенно спровоцированные эндогенные аффективные фазы), а также наличие широкого круга переходных – эндоформных состояний. Эндоформные фазы, обнаруживающие сродство к циркулярным депрессиям, развиваются при взаимодействии соматогенных, психогенных/стрессогенных факторов, с одной стороны, и эндогенных (эндогенная аффективная болезнь) – с другой.

Такую дифференциацию предусматривает ритмологическая модель депрессий (Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., 2013). В качестве основы модели рассматриваются не отдельные психопатологические симптомокомплексы, но ритм течения депрессий: заимствованный – принадлежащий



Рис. 1. Депрессии в общей медицине – ритмологическая систематика.



соматической/психогенной патологии либо хронобиологический (аутохтонный/рекуррентный), свойственный аффективному заболеванию.

Ритмологическая модель позволяет объединить широкий спектр нозологически и типологически разнородных депрессий, наблюдающихся в общесоматической сети, в единый континуум (рис. 1).

В верхней части рисунка размещены соматогенные депрессии, непосредственно обусловленные патологией внутренних органов, а также нозогенные гипотимические состояния, синхронизированные с манифестацией/экзацербациями соматической патологии. В нижней его части представлены депрессии с циркадианным и возвратным/рекуррентным ритмом (эндогенные депрессивные фазы, как провоцируемые заболеваниями внутренних органов, так и провоцирующие экзацербацию соматической патологии). Промежуточное положение отводится эндоформным депрессиям, с сохраняющимся циркадианным ритмом и другими, свойственными циркулярной меланхолии симптомами, но вместе с тем протекающим по закономерностям психосоматического параллелизма.

Ниже приводится клиническая характеристика депрессивных состояний в последовательности, соответствующей классификации аффективных расстройств в общемедицинской сети.

**Соматогенные депрессии** непосредственно связаны с тяжелой патологией внутренних органов (злокачественные новообразования с множественными метастазами, сердечная недостаточность, хроническая обструктивная болезнь легких [ХОБЛ], почечная недостаточность с явлениями вторичного гиперпаратиреоза и аутоиммунными сдвигами, цирроз печени, анемия), с органическими заболеваниями центральной нервной системы (ЦНС) – болезнь Паркинсона, рассеянный склероз, инсульты и др., а также с лучевой и химиотерапией, полостными операциями.

Выраженность психопатологических расстройств (тревожно-дисфорический аффект, астения, слезливость) при соматогенной депрессии коррелирует с тяжестью основного страдания. Ухудшение соматического состояния проявляется генерализацией астенических расстройств (нарастающая физическая и психическая слабость, непереносимость нагрузок, адинамия, выраженная сонливость в дневное время в сочетании с ранней инсомнией). Явления гипотимии и астении сочетаются в клинической картине (особенно в случаях, когда соматогения принимает форму сосудистой депрессии, на первый план в клинической картине выступают слезливость, слабодушие) с когнитивными расстройствами (нарушения концентрации внимания, памяти – запоминания новой информации, воспроизведения событий прошлого).

**Нозогенные депрессии** манифестируют под влиянием как психогенных триггеров, так и биологических механизмов (см. ч. I, разд. 4). Существенное влияние на формирование нозогенных депрессий оказывает наличие у

пациента заболеваний эндогенного аффективного круга (рекуррентные депрессии, биполярное расстройство, дистимии).

Клинические проявления нозогенных (реактивных) депрессий неоднородны и включают реакции трех типов: собственно аффективную (гипотимическую реакцию), реакцию деморализации и реакцию горя.

*Аффективные расстройства*, определяющие картину нозогенных депрессий, включают подавленность, гипертрофированно-пессимистическое восприятие болезни и ее последствий, тревожные опасения возможного ухудшения и/или летального исхода. В ряде случаев состояние утяжеляется за счет ипохондрической фиксации на малейших изменениях самочувствия, обостренного самонаблюдения, сопровождающегося множеством не имеющих достаточного соматического обоснования жалоб. Среди других составляющих депрессивного симптомокомплекса – конверсионные расстройства (ощущения «кома» в горле, сдавления в области грудной клетки, онемения конечностей и др.).

Суточный ритм – усиление или ослабление гипотимии в течение суток – при нозогенной депрессии определяется характеристиками соматического статуса (нарастание подавленности во второй половине дня может быть связано с вечерними приступами стенокардии; усиление гипотимии во второй половине ночи и по утрам – с усугублением алгий и скованности при ревматоидном артрите).

*Реакции деморализации* манифестируют при состояниях острого соматического неблагополучия (сосудистая катастрофа – инсульт, инфаркт, приступ желчнокаменной болезни, онкологические заболевания). По данным R. Casuso и соавт. (2017), реакции деморализации наблюдаются у 30,4% больных соматическими (в том числе онкологическими) заболеваниями. На первом плане психогенный комплекс «отказа/отступления» с тревогой, чувством собственной несостоятельности, изолированности, неспособности справиться с насущными проблемами, беспомощности (отсутствия поддержки со стороны окружающих) и безнадежности, потери перспектив и цели жизни. Возникает убежденность в безвыходности ситуации, сопровождающаяся снижением побуждений к действию, резким ограничением активности, устранением от решения даже насущных проблем.

*Реакцию горя* отличает доминирующий в клинической картине аффект утраты, относящийся ко всему, что было разрушено вследствие соматической катастрофы, – потеря здоровья, социального статуса, успешной карьеры. В этом же аспекте рассматриваются и перспективы ближайшего будущего – возможность ухудшения семейной/служебной ситуации, инвалидизации. Психогении рассматриваемого типа сопоставимы с реакцией горя на смерть объекта привязанности. Как и при психогенных нарушениях, связанных с гибелью близких (фаза отрицания), на первых этапах нозогении могут возникать диссоциативные расстройства (перитравматическая диссоциация) – отрицание тяжелого соматического заболевания,

## 8.4. Психофармакотерапия психических расстройств в кардиологии

*Иванов С.В., Сыркин А.Л.*

Выбор психотропных средств в кардиологии во многом определяется профилями кардиологической безопасности отдельных препаратов (влияние на функции органов сердечно-сосудистой системы и неблагоприятные лекарственные взаимодействия).

### **Клинические эффекты и безопасность психотропных средств в кардиологии**

В ряду наиболее важных параметров безопасности рассматривается риск внезапной сердечной смерти (ВСС) и опасных нарушений сердечного ритма. Другие аспекты безопасности психотропных средств в кардиологии включают влияние на вариабельность сердечного ритма, АД (как гипо-, так и гипертензия). Большое значение имеет повышенный риск кровотечений при применении антидепрессантов. Длительная терапия некоторыми антипсихотиками (клозапин, оланзапин, кветиапин и др.) в полных терапевтических дозах может сопровождаться развитием метаболического синдрома.

**Проаритмогенное действие психофармакотерапии.** ВОЗ определяет ВСС как неожиданную смерть в течение 1 ч после развития явных кардиоваскулярных симптомов либо в отсутствие явных симптомов в течение 24 ч от последнего прижизненного обследования пациента, во время которого не было обнаружено кардиоваскулярных симптомов (Nielsen J. et al., 2011).

Один из потенциальных механизмов ВСС при использовании психотропных средств предполагает индукцию полиморфной желудочковой тахикардии (ЖТ) вследствие блокады медленных калиевых каналов.

---

категориями, даже в отсутствие соответствующих исследований при компульсивном переедании (Himmerich H., Benkert O., 2017). В числе кандидатов на такое применение – лираглутид (аналог анорексигенного кишечного гормона GLP-1, который связывается с одноименными рецепторами в гипоталамусе). Лираглутид обеспечивает значительное уменьшение массы тела при ожирении, что подтверждено множеством контролируемых исследований, и, весьма вероятно, будет оказывать подобное действие при компульсивном переедании (Himmerich H., Benkert O., 2017). Лечение компульсивного переедания может быть эффективным при использовании комбинации налтрексона и антидепрессанта бупропиона (ингибитор обратного захвата дофамина и норадреналина), что подтверждается результатами двух контролируемых исследований: значительное превосходство над плацебо, благоприятный профиль переносимости (Greenway F.L. et al., 2010; Wadden T.A. et al., 2011). Считается, что эффект такой комбинации обеспечивается сочетанным опиоидным, дофамин- и норадренергическим действием на структуры, обеспечивающие функции самоконтроля, и систему подкрепления.

Подобная блокада является дозозависимой и может приводить к замедлению реполяризации кардиомиоцита.

ЖТ типа «пируэт» обычно связана с удлинением интервала QT при ЭКГ. В связи с тем, что на продолжительность интервала QT также влияет ЧСС, в клинической практике используют значения скорректированного интервала QT-QTc (по формуле Базетта [QTcB] или Фредерика [QTcF]). Верхняя граница нормы QTc определяется как 450 мс у мужчин и 470 мс у женщин (у детей – 460 мс) (Goldenberg I. et al., 2006). Удлинение QTc >500 мс обычно требует отмены препарата, хотя пролонгация QTc без участия других индивидуальных факторов пациента далеко не всегда реализуется в полиморфную ЖТ (Nielsen J. et al., 2011). Полиморфная ЖТ может прогрессировать до фибрилляции желудочков с последующей ВСС (Nielsen J. et al., 2011).

Точные показатели частоты лекарственно потенцированной полиморфной ЖТ неизвестны.

### *Антидепрессанты*

Антидепрессанты (тимоаналептики) являются наиболее востребованным классом психотропных средств в кардиологии, что объясняется высокой распространённостью депрессивных и тревожных расстройств при сердечно-сосудистой патологии (см. ч. II, разд. 2, гл. 1).

Наряду со стандартными клиническими показаниями к назначению тимоаналептиков, применение антидепрессантов в кардиологии (в том числе длительными курсами) оправдано рядом дополнительных эффектов этих препаратов:

- Коррекция неблагоприятно влияющих на прогноз ССЗ физиологических и поведенческих аномалий, сопровождающих тревожные и депрессивные расстройства (Serebruanu V.L. et al., 2001; Glassman A. et al., 2003; Joynt K.E. et al., 2003; Sala M. et al., 2009; Hummel J. et al., 2011).
- Улучшение прогноза ИБС у пациентов с депрессивными расстройствами при длительном (месяцы) регулярном применении некоторых антидепрессантов (серотонинергические препараты новых поколений) (Brouwers C. et al., 2016; Teply R.M. et al., 2016).

*Эффективность.* При депрессиях<sup>21</sup>, коморбидных ИБС, антидепрессанты сопоставимы по уровню тимоаналептического (антидепрессивного) эффекта (Jiang W., Krishnan K.R.R., 2011). В большинстве случаев для успешной редукции тревожной и депрессивной симптоматики достаточно минимальных доз препаратов (Иванов С.В. и др., 2018). Соответственно, выбор препарата в большей степени определяется дополнительными

<sup>21</sup> Систематических исследований эффективности антидепрессантов в лечении тревожных (генерализованное тревожное, паническое и др.) расстройств при ИБС и другой сердечно-сосудистой патологии пока не проводилось (Tully P.J. et al., 2014).

психотропными и соматотропными эффектами. Учитывая высокую распространенность тревожной симптоматики и расстройств сна, предпочтительнее выбирать препараты с дополнительными анксиолитическими (СИОЗС пароксетин, флувоксамин) и/или седативными/гипнотическими свойствами (миртазапин, миансерин, тразодон) либо сбалансированного действия (СИОЗС сертралин, циталопрам, эсциталопрам; ИОЗСН дулоксетин, венлафаксин; препараты других классов – агомелатин, вортиоксетин).

Достоверное уменьшение риска смерти или повторного ИМ (до 40%) зафиксировано при использовании любых антидепрессантов любого класса, в том числе при комбинированном использовании двух антидепрессантов и более (Taylor C.B. et al., 2005; Brouwers C. et al., 2016).

При сравнительных оценках с плацебо и другими антидепрессантами только СИОЗС стабильно обеспечивают значимое снижение частоты таких явлений, как смерть вследствие сердечно-сосудистой патологии, ИМ, инсульт, утяжеление стенокардии (масштабные исследования SADHART, CREATE, ENRICH, DECARD, метаанализы) (Glassman A.H. et al., 2002; Berkman L.F. et al., 2003; Taylor C.B. et al., 2005; Lesperance F. et al., 2007; Pizzi C. et al., 2011; Hanash J.A. et al., 2012; Brouwers C. et al., 2016).

В качестве дополнительного преимущества СИОЗС перед остальными группами антидепрессантов рассматриваются их антиагрегантные свойства.

*Сердечно-сосудистая безопасность.* Сравнительные характеристики сердечно-сосудистой безопасности для антидепрессантов разных классов представлены в таблице 22. К группе высокого риска могут быть отнесены тимоаналептики прошлого поколения, включая ТЦА, ГЦА мапротилин и неселективные необратимые ингибиторы моноаминоксидазы (Terly R.M. et al., 2016).

Механизмы действия большинства антидепрессантов, наиболее широко используемых в клинической практике, предусматривают блокаду переносчиков серотонина и норадреналина.

Кардиоваскулярные эффекты серотонина прослеживаются в разных регионах сосудистого русла в форме вазоконстрикции или вазодилатации, реализуясь соответственно повышением или снижением АД (Watts S.W. et al., 2012). Однако подобные изменения АД, как и другие физиологические эффекты серотонина, не обязательно достигают клинически значимого уровня. Кроме того, при учете полиморфизма вероятных серотонинергических кардиоваскулярных эффектов прогнозирование последствий применения антидепрессантов у каждого пациента практически невозможно.

Норадреналин (норэпинефрин) оказывает множественные периферические эффекты, связанные с повышением АД, включая увеличение ЧСС, сосудистого тонуса, реабсорбции натрия в почках и активности ренин-ангиотензиновой системы (Schroeder C., Jordan J., 2012). Антидепрессанты, действующие как ИОЗСН, подавляют обратный захват норадреналина, что

Таблица 22. Сердечно-сосудистые и связанные с ними эффекты антидепрессантов (цит. по: Teply R.M. et al., 2016)

Антидепрессанты: класс или препарат	Ортостатическая гипотензия	АГ	Тахикардия	Брадикардия/блокада сердца	Увеличение QT	Антиагрегантный эффект	Прибавка массы тела	Влияние на липидный профиль
ТЦА	++++ <sup>a</sup>	0	+++	+/0	++	0	++++	НБ
СИОЗС	+	+	+	+/0	++ <sup>b</sup>	+ <sup>c</sup>	++ <sup>d</sup>	Нет
ИОЗСН	+/+++ <sup>e</sup>	+/++++ <sup>f</sup>	++	0	+/0 <sup>b</sup>	+ <sup>g</sup>	+/0 <sup>h</sup>	НБ <sup>i</sup>
Бупропион	+	++	++++	0	0	0	0 <sup>i</sup>	П
Миртазапин	+	+	0	0	+	0	++++	НБ
Тразодон	+++	+	+	+	+	0	++ <sup>j</sup>	Нет
ИМАО	++++	+++ <sup>k</sup>	0	+	0	0	++++	Нет

Условные обозначения: ++++ – часто (>10%); +++ – средне (6–10%); ++ – редко (2–5%); + – очень редко (<1%); 0 – нет; НБ – неблагоприятно; П – положительно. ИМАО – ингибитор моноаминоксидазы.

<sup>a</sup> Нортриптилин в меньшей степени вызывает ортостатическую гипотензию.

<sup>b</sup> Зависит от препарата и дозы (нарастание частоты с повышением дозы).

<sup>c</sup> Пароксетин, сертралин, эсциталопрам и флуоксетин предположительно обладают более выраженными антиагрегантными свойствами среди СИОЗС.

<sup>d</sup> Наиболее выраженная прибавка массы тела при использовании пароксетина и циталопрама.

<sup>e</sup> Частота ортостатической гипотензии при использовании десвенлафаксина (метаболит венлафаксина) у пожилых пациентов до 8%.

<sup>f</sup> Зависит от препарата и дозы (нарастание частоты с повышением дозы).

<sup>g</sup> Дулоксетин предположительно обладает наиболее выраженными антиагрегантными свойствами среди ИОЗСН.

<sup>h</sup> Снижение массы тела при использовании венлафаксина.

<sup>i</sup> Более выраженное ухудшение липидного профиля при использовании десвенлафаксина (метаболит венлафаксина).

<sup>j</sup> Также сообщается о снижении массы тела.

<sup>k</sup> Частота нарастает при употреблении пищи, содержащей тирамин.

может сопровождаться дозозависимым потенцированием симпатической вазоконстрикции (Colucci V.J., Berry B.D., 2008).

*Трициклические антидепрессанты.* Несмотря на то что в современной практике ТЦА и ГЦА мапротилин используются значительно реже, чем препараты новых поколений, они являются главной альтернативой в случаях резистентности к СИОЗС и другим тимоаналептикам последних поколений (Pacher P., Kecskeneti V., 2004).

Неблагоприятные сердечно-сосудистые эффекты ТЦА включают проаритмическое действие, замедление сердечной проводимости, повышение ЧСС и ортостатическую гипотензию. Все указанные побочные эффекты являются дозозависимыми и значимо проявляются при назначении ТЦА в терапевтических дозах (Roose S.P. et al., 1998; Nelson J.C. et al., 1999).

ТЦА влияют на проводящую систему сердца, как и антиаритмические препараты класса IA (хинидин, новокаинамид и др.). В связи с этим их применение может быть связано с повышенным уровнем смертности пациентов с ИБС (по аналогии с антиаритмиками I класса). Применение ТЦА у пациентов с блокадой ножек пучка Гиса потенциально опасно ввиду

высокой вероятности усугубления нарушений проводимости вплоть до полной атриовентрикулярной блокады и остановки сердца.

Другой хинидиноподобный эффект ТЦА – увеличение интервала QTc – может способствовать развитию полиморфной ЖТ типа «пируэт» (Torsades de Pointes, TdP) (табл. 23). Вероятность подобного осложнения значительно возрастает у пациентов с дополнительными факторами риска, представленными ниже. Крайне нежелательно назначать ТЦА пациентам с наличием в семейном анамнезе случаев внезапной смерти, а также больным с синкопальными состояниями неясного генеза, пережившим остановку сердца и/или имеющим гемодинамически значимые желудочковые аритмии (Vieweg W.V. et al., 2009).

#### **Факторы риска полиморфной ЖТ по типу «пируэт»:**

- Возраст >65 лет.
- Женский пол (в сравнении с мужчинами интервал QTc больше, риск лекарственно-индуцированной TdP в 2 раза выше).
- Гипертрофия миокарда (например, при АГ).
- Врожденный синдром удлинения интервала QT.
- Брадикардия любого генеза.
- Электролитные нарушения (гипокалиемия, гипомагниемия, гипокальциемия).
- Высокие концентрации препаратов в плазме, увеличивающие QT (быстрая инфузия, передозировка, интоксикация, подавление метаболизма другим препаратом, снижение клиренса вследствие почечной или печеночной недостаточности).

Вследствие присущих ТЦА центральных антихолинергических эффектов возможно развитие синусовой тахикардии (Thanacoody H.K., Thomas S.H., 2005).

Кломипрамин в меньшей степени влияет на сердечную проводимость и вызывает небольшое увеличение интервала QTc в сравнении с другими ТЦА (см. табл. 23) (Goodnick P.J. et al., 2002; Alvarez P.A., Pahissa J., 2010). Однако данный препарат не может считаться полностью безопасным, и его применение связано с теми же ограничениями, которые накладываются на все ТЦА.

ТЦА незначительно влияют на сократительную функцию сердца у больных с умеренной сердечной недостаточностью (Glassman A.H. et al., 1983; Roose S.P. et al., 1986). Однако при высокой концентрации антидепрессантов в плазме крови (может наблюдаться и при использовании ТЦА в терапевтических дозах) имеется риск развития декомпенсации застойной сердечной недостаточности (Nizak J. et al., 1983). Наконец, возникающая при использовании ТЦА тахикардия может способствовать учащению ангинозных приступов у больных ИБС (Райский В.А., 1988).

В терапевтических дозах ТЦА блокируют  $\alpha$ -адренергические рецепторы, что может приводить к артериальной гипотензии, особенно в условиях

Таблица 23. Изменение интервала QTc и риск TdP при терапии антидепрессантами (цит. по: Wenzel-Seifert K. et al., 2010; с изменениями)

Препарат	Изменение QTc		Частота TdP	Риск TdP*
	Частота	Величина (Bazett) (мс)		
<b>ТЦА и ГЦА</b>				
Амитриптилин <sup>1</sup>	+++	+1 до +21	++	3
Имипрамин <sup>1</sup>	+++	+4 до +20	+	3
Кломипрамин <sup>1</sup>	++	-1,6 до +14,7	++	3
Мапротилин	+++	+17	++	3
Доксепин	+++	+8 до +22	++	3
Дезипрамин <sup>1</sup>	+++	+11 до +24	+	3
Нортриптилин <sup>1</sup>	+++	+7 до +30	НС	3
<b>СИОЗС</b>				
Пароксетин	0	-3,1 до +4,2	++	3
Сертралин	0	0	НС	3
Флувоксамин	0	0 до +2	НС	
Флуоксетин	++	0 до +10	++	3
Циталопрам <sup>1*</sup>	+	-10 до 0	++	3
Эсциталопрам <sup>1*</sup>	+		НС	
<b>ИОЗСН</b>				
Венлафаксин <sup>1</sup>	+	+4,7	+	2
Дулоксетин	0		НС	
Милнаципран	0		НС	
<b>Другие группы</b>				
Агомелатин	0		НС	
Бупропион	НС		НС	
Миансерин	+	-10,3 до 6,9 (-1,7; n = 20); 7	+	
Миртазапин	+	+3,1 (n = 338); 9, 10	+	
Моклобемид	0	-0,3 (n = 3); 7	НС	
Пиразидол	0		НС	
Тразодон <sup>1</sup>	+	-4 до +7 (n = 52); 10	+	

Обозначения: TdP – полиморфная ЖТ типа «пируэт» (Torsades de Pointes), НС – нет сообщений.

\* Оценка риска TdP по критериям Arizona CERT (Woosley R.L. et al., 2010).

<sup>1</sup> Официальное (инструкция) предостережение о риске удлинения интервала QT.

<sup>1\*</sup> В инструкциях в РФ предостережение о риске удлинения QT отсутствует (введено FDA в США).

0 – не влияет на QT в терапевтических концентрациях.

Балл	Критерий
1	• признанное повышение риска TdP
2	• редкие/единичные случаи TdP • вероятный, но недостаточно подтвержденный риск TdP
3	• слабая связь с TdP • маловероятно на фоне терапевтической дозы • повышенный риск TdP в случае врожденного синдрома удлинения интервала QT



## ПСИХОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

*Незнанов Н.Г., Васильева А.В.*

Психотерапия как система целенаправленных воздействий на психику (в первую очередь на личность и через нее – на организм больного) традиционно активно используется в лечении психосоматических заболеваний (Карвасарский Б.Д., Незнанов Н.Г., 2008). Преморбидный личностный склад пациента, его система отношений, иерархия ценностей могут вносить существенный вклад в развитие и течение заболевания, а также в готовность следовать врачебным рекомендациям. Психотерапия при психосоматической патологии в первую очередь должна быть направлена непосредственно на проявления заболевания. Другой группой мишеней являются личностные характеристики пациентов, такие как перфекционизм, категоричность, бинарность суждений, повышенная интероцептивная бдительность, низкая фрустрационная толерантность, импульсивность, затрудненная регуляция аффективного напряжения и др. Отдельная категория – внутренняя картина болезни включает набор фантазий и представлений о природе заболевания, его течения, лечебных процедурах и их возможных последствиях для социального функционирования больного, включая самостигматизацию.

Для большинства больных психосоматического профиля эффективным может оказаться применение психотерапии врачами общей практики и клиническим психологами. Существует большое количество методов, которые традиционно используются для лечения психосоматических расстройств: различные модификации гипносуггестивных методик, а также в рамках гештальт-подхода и экзистенциального направления. Хорошо зарекомендовали себя экспрессивные методы психотерапии, которые могут проводиться в групповых формах под руководством клинического психолога или специально обученной медсестры<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Психодинамическая психотерапия, при которой основной акцент делается на анализе воспроизведения патогенного паттерна отношений в актуальной ситуации, коммуникативной функции симптома, определении «вторичной выгоды», включая мазохистические тенденции и потребность в самонаказании, успешно используется для лечения психосоматической патологии. Однако ее применение требует длительного обучения и специальной подготовки специалиста, в том числе хорошего понимания собственных эмоциональных реакций, связанных с пациентом.

Целесообразным представляется рассмотреть приемы КПТ, которые могут с успехом применяться и врачами общей практики. На сегодняшний день КПТ имеет наибольшую базу исследований, построенных по принципу доказательной медицины, продемонстрировавших эффективность ее применения как самостоятельно, так и в комбинации с психофармакотерапией и прежде всего – в лечении расстройств тревожно-депрессивного спектра. Этот метод психотерапии может применяться при собственно невротических расстройствах (тревожно-фобическом, паническом, генерализованном тревожном, ипохондрическом, обсессивно-компульсивном), а также депрессивных нарушениях и расстройствах адаптации, связанных с реакцией личности на факт заболевания, его возможные последствия и процедуру лечения. Целесообразно применение КПТ и в комплексном лечении соматических заболеваний для коррекции личностных девиаций, к примеру, при поведенческом типе А, который часто встречается у пациентов с ССЗ (см. ч. II, разд. 2, гл. 1). Дополнительно использование КПТ может улучшить приверженность пациента к медикаментозному лечению.

КПТ, с одной стороны, благодаря своей трансдиагностической направленности, а с другой – наличию симптомоспецифических протоколов ведения больных, является наиболее подходящим методом для использования в общемедицинской сети. КПТ является интегративным методом, включающим когнитивные, бихевиоральные и эмоциональные элементы. Теоретическую основу КПТ составляют информационные модели человеческой психики, создающей различные модели реальности, включая внутреннюю картину болезни. В ходе терапии значимая роль отводится коррекции дисфункциональных убеждений. Для планирования психотерапии целесообразно выделять три уровня иррациональных мыслей: 1) ситуативные автоматические оценки, связанные с актуальным соматическим статусом; 2) установки, убеждения, верования, определяемые более абстрактными представлениями о здоровье, физиологических процессах; 3) глубинные личностные убеждения, к примеру, связанные с самоотношением, потребностью в автономии и контроле за происходящим. Тенденция к иррациональной оценке событий является врожденным свойством человеческой природы и часто подкрепляется окружением в процессе воспитания. Изменение иррациональных убеждений и оценок, которые автоматизируются в процессе жизни и часто не рефлексиируются людьми, является трудной, планомерной работой (Эллис А., 2002). В начале психотерапии после сбора

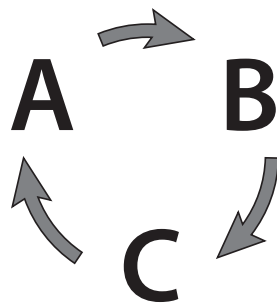


Рис. 6. Формирование «порочного круга».

Таблица 29. Схема дисфункциональных убеждений

<b>А</b>	Активирующее событие (триггер), часто воспринимаемое как нереалистичное и искаженное. Может быть внешнего характера, к примеру, визит к врачу; или внутренней природы – изменение ЧСС/метеоризм
<b>В</b>	Индивидуальные оценки, верования, убеждения, установки, носящие автоматический характер рационального или иррационального характера, связанные с описанием и оценкой ситуации, а также глубинные убеждения и общее мировоззрение
<b>С</b>	Эмоциональное и поведенческое или симптоматическое следствие когнитивной оценки

анамнеза специалист знакомит пациента с классической поуровневой схемой А-В-С (рис. 6; содержание блоков представлено в таблице 29).

В ряде случаев формируется «порочный круг», когда соматовегетативные проявления становятся вторичным триггером, подтверждая представления пациента о наличии у него тяжелой соматической патологии (рис. 6).

Наиболее частой неадекватной оценкой соматических ощущений или результатов исследований являются катастрофизация – оценка любого отклонения от нормативных значений или телесных сенсаций как начало соматической катастрофы или свехобобщение – склонность на основе единичного случая делать глобальный вывод (например, что все пациенты с жалобами на слабость и похудание страдают онкопатологией). Низкая фрустрационная толерантность, обозначающая тенденцию пациента оценивать любой эмоциональный или физический дискомфорт как непереносимый, – это еще одно часто встречающееся дисфункциональное убеждение, требующее коррекции. Особую группу составляют пациенты, у которых в основе тревожно-ипохондрических переживаний лежат перфекционистские установки, оценивающие любые отклонения от идеальных параметров как неприемлемые. Внутренняя картина здоровья отличается жесткими, категоричными, эталонными представлениями о функционировании живого организма, под их влиянием может формироваться склонность к навязчивой модификации собственного тела. Взаимодействие пациента со специалистами в лечебном процессе находится в значительной степени под влиянием системы долженствований по отношению к самому себе и другим (Карвасарский Б.Д., Незнанов Н.Г., 2008).

КПТ направлена как на редукцию симптоматики – уменьшение выраженности тревоги, депрессии, нормализацию сердечного ритма и других соматических проявлений, снижение выраженности ограничительного поведения, так и на коррекцию дисфункциональных убеждений, связанных с заболеванием, и повышение приверженности к лечению, а также на работу с глубинными убеждениями, характерными для личности пациента.

КПТ всегда начинается с дидактического (обучающего) этапа. В свете представлений о психофизиологии эмоций пациента информируют, что соматовегетативный компонент является составной частью любого эмоционального ответа. Целесообразно попросить пациента привести примеры из собственной жизни, когда сильное волнение сопровождалось

сердцебиением, потоотделением, диспноэ и другими телесными ощущениями. Дополнительно в качестве домашнего задания может быть рекомендовано чтение произведений А.П.Чехова и Ги де Мопассана с фиксацией примеров передачи эмоционального состояния героя через описание его физических ощущений. Использование шкалы тревоги Гамильтона может служить как для оценки степени выраженности тревоги, так и для демонстрации пациенту, что из 14 пунктов половина оценивают именно соматические проявления тревоги. Также больного информируют об особенностях функционирования наблюдающего «Я» и метакогниций, где, помимо фактического содержания мысли, специфическое значение приобретает функция, которую она выполняет, к примеру, «мои мысли сведут меня с ума или станут причиной соматического недуга». Следующим этапом больного обучают схеме А-В-С, сначала с помощью врача, а затем самостоятельно при выполнении домашнего задания и ведении дневниковых записей в таблице А-В-С происходит постепенное научение распознаванию, какие именно дисфункциональные мысли запускают неадекватный эмоционально-поведенческий ответ и способствуют усилению и поддержанию симптоматики. Обсуждается наличие устойчивой связи между мыслительными стереотипами, эмоциями и соматическими функциями по типу «автоматическое суждение – эмоция – соматический симптом».

На следующем этапе в процессе дискуссии конфронтируют с дисфункциональными убеждениями пациента, для чего могут использоваться такие приемы, как сократовский диалог, подключение метафор, историй и анекдотов, случившихся с другими людьми, которые способны передавать сообщение в непрямой форме через психологический механизм проекции. У пациента вырабатывается более адаптивный рациональный стиль мышления, который при дальнейшем ведении дневника А-В-С должен закрепляться в процессе самостоятельной формулировки рациональной альтернативы для своих автоматических оценок. Важно пошаговое освоение новых поведенческих навыков.

При помощи описанных далее упражнений происходит освоение навыков супрессии тревоги в триггерных ситуациях. Поведенческая программа должна быть направлена на пошаговое преодоление ограничительного поведения. Затем происходит закрепление новых форм реагирования в трудных и конфликтных ситуациях и расширение поведенческого репертуара.

Дополнительно хорошо себя зарекомендовала техника парадоксальных предписаний, направленная на использование сопротивления пациента выздоровлению в терапевтических целях. Пациенту сообщают о существовании эффективных методов лечения его заболевания, одновременно указывая на то, что из-за внешних условий и своих личностных особенностей он не сможет ими воспользоваться. Несмотря на проявляемое

недовольство и возмущение, пациент с большей вероятностью начинает включаться в терапевтический процесс, чтобы доказать врачу, что он неправ. При выполнении поведенческих заданий пациент может получать также дополнительное парадоксальное предписание для отвлечения внимания от телесных ощущений.

С целью повышения эффективности проводимой психотерапии хорошо себя зарекомендовали интервенции из терапии «принятия и обязательств», где врач совместно с пациентом определяет значимые для него жизненные цели, ради достижения которых он готов терпеть дискомфорт, связанный с преодолением тревожной симптоматики.

В КПТ пациентов с психосоматическими расстройствами могут использоваться следующие приемы:

1. *Когнитивное реструктурирование.* Проводятся вмешательства по коррекции ошибочных представлений и интерпретаций телесных ощущений. Может дополняться экспозицией *in vivo* для получения дополнительной информации, которая будет опровергать ошибочные суждения.
2. *Тренировка дыхания.* Показана в случае выраженного гипервентиляционного компонента в структуре ПА. В связи с тем что на фоне стресса возникает диспноэ, которое оценивается как угрожающее здоровью и провоцирует или усиливает страх, вызванный внешними тревожными стимулами, рекомендуется проводить тренинг по контролю дыхания с последующей когнитивной реатрибуцией значения симптомов. Тренинг может дополняться принудительной гипервентиляцией с приобретением навыков контроля симптоматики за счет дыхания в мешке.
3. *Прикладная релаксация.* Использование прогрессивной мышечной релаксации и обучение пациентов навыкам контроля за своим физическим состоянием.
4. *Интероцептивная экспозиция.* Проведение упражнений, обеспечивающих ощущения, сходные, к примеру, с паническим приступом – ингаляция углекислого газа, сердечно-сосудистые нагрузочные пробы или физические упражнения, гипервентиляция, вращение в кресле, повторные инфузии лактата натрия и др. Экспозиция *in vivo* – проведение повторных, приближенных к условиям реальности, поведенческих тренировок, которое особенно показано при наличии агорафобии. Может проводиться в различном режиме с участием психотерапевта, или специально обученной медсестры, или самостоятельно, дозированно либо массивно, с длительным погружением в ситуацию либо с возможностью из нее уйти.
5. *Привлечение/отвлечение внимания.* Внимание пациента при экспозиции может полностью сосредотачиваться на фобических представлениях, когда пациент фиксируется на своих ощущениях и мыслях, напоминает себе о необходимости не отвлекаться. Другой вариант – отвлечение внимания путем выполнения когнитивных заданий по типу счета,

Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Кроме того, в соответствии с ч. 3 ст. 35 Федерального закона о прокуратуре прокурор на основании гражданского процессуального законодательства РФ вправе обратиться в суд с заявлением или вступить в дело на любой стадии процесса, если этого требует защита прав граждан и охраняемых законом интересов общества и государства. Полномочия прокурора в процессе определяются нормами ГПК РСФСР с теми изъятиями, которые установлены комментируемым Законом.

Статья 41 ГПК в ч. 2 предусматривает, в частности, что участие прокурора в разбирательстве гражданского дела обязательно в случаях, когда это предусмотрено законом. Именно этот случай и предусмотрен комментируемой статьей. Прокурор, участвуя в рассмотрении судьей заявления психиатрического учреждения, вправе знакомиться со всеми материалами дела, задавать вопросы, заявлять ходатайства, а в конечном счете – давать заключение о правомерности удовлетворения судьей заявления о необходимости недобровольной госпитализации гражданина. Прокурор вправе опротестовывать принятое судьей постановление в порядке, предусмотренном ГПК.

В рассмотрении судьей заявления о недобровольной госпитализации обязательно участие представителя психиатрического учреждения, от имени которого подано заявление. Причем, по логике, отсутствие такого представителя, надлежаще оповещенного о дне и месте рассмотрения заявления, без уважительных причин может повлечь отказ судьи в удовлетворении заявления и тем самым прекращение госпитализации лица против его воли или воли его законного представителя.

Представитель психиатрического учреждения также имеет право знакомиться со всеми материалами (например, поступившими от представителя госпитализированного лица), предъявлять дополнительные доказательства, давать объяснения и т.п. Представитель лица, о правомерности недобровольной госпитализации которого решается вопрос, в обязательном порядке должен присутствовать при рассмотрении заявления.

Статья 44 ГПК определяет перечень лиц, которые могут быть представителями в суде. Это адвокат, защитник, а также лица, уполномоченные организациями, которым законом, уставом или положением предоставлено право защищать права и интересы других лиц, и некоторые другие. Если исходить из смысла ст. 45 Конституции РФ, то в качестве представителя следует рассматривать любое дееспособное лицо, которому доверитель поручил защиту своих интересов. Именно по такому пути и пошел законодатель при решении этого вопроса в комментируемом Законе. В ст. 7 Закона подчеркивается, что гражданин при оказании ему психиатрической помощи вправе пригласить по своему выбору представителя для защиты своих прав и законных интересов. Оформление представительства

---

производится в порядке, установленном гражданским и гражданским процессуальным законодательством (см. ст. 143–145 ГПК РСФСР).

При рассмотрении судьей заявления представитель госпитализированного в недобровольном порядке лица пользуется такими же правами, как и представитель психиатрического учреждения. Представителями интересов лиц, не достигших 15-летнего возраста, а также признанных в установленном порядке недееспособными, выступают их законные представители.

4. Процедура рассмотрения заявления комментируемым Законом не установлена. На наш взгляд, она должна определяться судьей с учетом конкретной ситуации и создавать наиболее благоприятные условия для объективного и всестороннего рассмотрения представленных доказательств, возражений лица либо его представителя. Причем обязанность доказать основания (имея в виду требования ст. 29 Закона) осуществления госпитализации лица в недобровольном порядке лежит на заявителе, т.е. на психиатрическом стационаре в лице его представителя.

## ГЛОССАРИЙ

**АБЕРРАНТНАЯ ИПОХОНДРИЯ** (лат. *aberratio* – отклонение) – состояние, характеризующееся недооценкой тяжести соматического недуга (отсутствие эмоциональной реакции на угрожающий смысл диагноза). Вопреки реальной опасности для жизни больной повышает нагрузки, пытается восстановить привычную, как правило, высокую, физическую и психическую активность.

**АБСТИНЕНЦИЯ** (лат. *abstinentia* – воздержание; син.: синдром абстинентный) – состояние, возникающее вследствие внезапного прекращения приема психоактивных веществ, вызвавших зависимость, или после введения их антагонистов.

**АГОРАФОБИЯ** (греч. *agora* – площадь, *phobos* – страх) – навязчивый страх открытых пространств, перехода улиц, площадей, самостоятельного пользования общественным транспортом и других ситуаций, затрудняющих возможность вернуться в безопасное место. А. сопровождается избегающим поведением и формируется обычно после повторных *панических атак* (см.).

**АЖИТАЦИЯ** (лат. *agitatio* – приведение в движение) – тревожное возбуждение с потребностью в непрерывном движении.

**АЛГИЯ** (греч. *algos* – боль) – болевое ощущение как симптом соматопсихических нарушений.

**АЛЕКСИТИМИЯ** (греч. *a* – частица отрицания, *lexis* – речь, слово, *thymos* – настроение, чувство) – неспособность к осознанию, выражению и описанию собственных чувств, душевного состояния (Sifneos P., 1972).

**АМПЛИФИКАЦИЯ** (лат. *amplificatio* – расширение, увеличение) – усиление симптоматики соматической болезни (например, болей) за счет присоединения сходных психопатологических феноменов (например, идиопатических алгий), придающих клиническим проявлениям гиперболизированный, утрированный характер.

**АРТИФИЦИАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА** – расстройства телесного самосознания (или патология влечений с позиций динамической психиатрии), сопровождающиеся деструктивной аутоагрессией.



**АНГЕДОНИЯ** (греч. *a, an* – частица отрицания, *hedone* – наслаждение) – неспособность к приятному самочувствию, ощущению удовольствия.

**АНКСИОЗНЫЕ СОСТОЯНИЯ** (англ. *anxiety* – тревога) – группа синдромов, проявляющихся преобладанием тревоги, страхов и иных аффективных расстройств, а также вегетативной симптоматики (сердцебиение, потливость, тремор и др.).

**АНОМАЛИЯ** (греч. *anomalía* – букв. – неровность) – относится к различным состояниям, процессам, формированиям. А. личности – отклонение от нормального развития с формированием дисгармоничного психического склада (син.: девиации личности, личностные расстройства, психопатии).

**АНОРЕКСИЯ** (греч. *an* – частица отрицания, *orexis* – аппетит) – отсутствие желания есть при наличии физиологической потребности в пище. А. нервно-психическая (*anorexia nervosa*) – упорный, обусловленный психическим заболеванием отказ от приема пищи при сохранном аппетите, сопровождающийся патологическим пищевым поведением (искусственные рвоты, прием слабительных, мочегонных), признаками физического истощения (Lasegue E., 1837). А. нервно-психическая обычно является более сложным расстройством – симптомокомплексом в картине *дисморфомании* (см.)

**АСТАЗИЯ-АБАЗИЯ** (греч. *a* – частица отрицания, *stasis* – стояние, *basis* – шаг) – утрата способности стоять и ходить, возникающая в связи с психическими нарушениями при полной сохранности двигательных функций. Чаще наблюдается при истерии (Block P., 1888; Charcot J., 1888).

**АСТЕНИЯ** (греч. *astheneia* – бессилие, слабость) – состояние повышенной утомляемости с повышенной чувствительностью к нейтральным в норме раздражителям, эмоциональной и вегетативной лабильностью, расстройствами сна.

**ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ** – в психологической дефиниции – процесс отражения болезни в психике больного, включающий сложные сочетания восприятия и ощущения, эмоций и аффектов, тревог и конфликтов (Лурия А.Р., 1944).

**ГАЛЛЮЦИНАЦИИ ВИСЦЕРАЛЬНЫЕ** (лат. *hallucinatio* – бред, видения; лат. *viscus, visceris*, мн. ч. *viscera* – внутренности) – Г. (чаще зрительные), содержанием которым являются объекты (например, инородные тела), находящиеся внутри организма, или физиологические процессы, происходящие в организме. Син. Г. эндоскопических.

**ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЕ ТРЕВОЖНОЕ РАССТРОЙСТВО** (лат. *generalis* – общий; распространившийся по организму патологический процесс) – хроническая (не менее 6 мес.) патологическая тревога с выраженным чувством внутреннего напряжения, беспокойства, нестойкими опасениями обыденного содержания, чрезмерной озабоченностью текущими проблемами, возможными неприятностями, состоянием здоровья

в сочетании с многообразными вегетативными нарушениями и другими проявлениями телесного дискомфорта.

**ГЕТЕРОНОМНЫЕ ТЕЛЕСНЫЕ СЕНСАЦИИ** (греч. *heteros* – другой, *nomos* – закон) – ощущения, чужеродные по отношению к нормальному восприятию собственного тела.

**ГИПЕРЕСТЕЗИЯ** (греч. *hyper* – над, сверх, *aisthesis* – ощущение, чувство) – повышенная чувствительность к раздражителям, воздействующим на органы чувств. Г. психическая характеризуется чрезмерной чувствительностью к психотравмирующим воздействиям (и даже нейтральным событиям, воспринимаемым как травмирующие), повышенной эмоциональной возбудимостью, ранимостью, повышенной истощаемостью.

**ГИПЕРНОЗОГНОЗИЯ** (греч. *hyper* – над, сверх, *nosos* – болезнь, *gnosis* – знание) – один из двух основных типов отношения пациента к болезни с высокой значимостью соответствующих переживаний.

**ГИПЕРТИМИЯ** (греч. *hyper* – над, сверх, *thymos* – настроение, чувство) – стойкое приподнятое настроение, сопровождающееся повышенной, но тем не менее адекватной активностью в сфере профессиональной деятельности и бытовых занятий. Чаще наблюдается в пределах личностных аномалий (см.).

**ГИПОМАНИЯ** (греч. *hypo* – под, внизу, *mania* – безумие) – легкая степень маниакального состояния с подъемом настроения, повышенной активностью, чувством благополучия, особой физической и психической продуктивности. Объективно проявляется болтливостью, чрезмерной фамильярностью, повышенной сексуальной активностью, расстройством сна.

**ГИПОНОЗОГНОЗИЯ** (греч. *hypo* – под, внизу, *nosos* – болезнь, *gnosis* – знание) – один из двух основных типов отношения пациента к болезни с низкой значимостью соответствующих переживаний.

**ГИПОТИМИЯ** (греч. *hypo* – под, *thymos* – настроение, чувство) – стойкое снижение настроения, сопровождающееся уменьшением интенсивности эмоциональной жизни, двигательной и психической активности. Чаще наблюдается при циклотимии и пограничных состояниях.

**ГОМОНОМНЫЕ ТЕЛЕСНЫЕ СЕНСАЦИИ** (греч. *homos* – одинаковый, *nomos* – закон) – ощущения, сходные с возникающими при соматических заболеваниях.

**ДЕПРЕССИВНЫЕ РУМИНАЦИИ** (лат. *ruminatio* – букв. жвачка) – обусловленные патологически сниженным аффектом неотвязные, повторяющиеся помимо воли представления, воспоминания, мысли, кошмарные сновидения негативного, самоуничужительного, пессимистического содержания.

**ДИЗЕСТЕТИЧЕСКИЙ КРИЗ** (греч. *dys* – приставка, означающая отклонение от нормы, нарушение функции, *aesthesis* – чувство, ощущение; греч. *krisis* – внезапно возникающее, относительно кратковременное состояние,

характеризующееся появлением новых или усилением имеющихся симптомов болезни) – приступ извращения сенсорной чувствительности, когда тепло воспринимается как боль или холод и пр.

**ДИСМОРФОФОБИЯ/ДИСМОРФОМАНИЯ/ДИСМОРФИЗМ** (греч. *dys* – нарушение; *morphe* – форма, *phobos* – страх) – психопатологическое расстройство с идеями мнимой или преувеличиваемой физической неполноценности и/или уродства в связи с анатомическим дефектом (формы и размеры носа, ушей, губ, рост, масса тела и т.п.) или нарушением физиологических функций (наличие запаха пота, кишечных газов и т.п.), производящего отталкивающее впечатление на окружающих. Может иметь характер навязчивости, но чаще сверхценной идеи или бреда. Доминирующая в сознании и определяющая поведение убежденность в «уродстве» сопровождается стремлением любым путем (включая аутодеструктивные действия) исправить «дефект».

**ДИСТИМИЯ** (греч. *dys* – нарушение, *thymos* – настроение, чувство), диагностическая категория МКБ-10 – хронические (длительностью не менее 2 лет) депрессии непсихотического уровня, протекающие с минимальной выраженностью симптоматики (даже в периоды обострений отсутствуют не только бредовые, галлюцинаторные и/или ступорозные проявления, но и такие, свойственные тяжелым депрессиям симптомы, как стойкие идеи виновности, суицидальные мысли и попытки, выраженное психомоторное торможение или ажитация).

**«ЗАПЕРТОГО ЧЕЛОВЕКА» (locked in syndrom) СИНДРОМ** (син.: синдром изоляции, бодрствующая кома) – практическое отсутствие реакции на внешние стимулы с тотальной обездвиженностью (сохраняются лишь отдельные движения глазных яблок и мигание) вследствие обширных двусторонних разрушений кортико-спинальных и кортико-нуклеарных связей в основании варолиева моста. Характеризуется псевдобульбарными расстройствами при сохранности сознания и интеллекта (Plum F., 1966).

**ЗООПАТИЧЕСКИЙ – ДЕРМАТОЗОЙНЫЙ БРЕД/КОЭНЕСТЕЗИОПАТИЧЕСКАЯ ПАРАНОЯ** (греч. *zoon* – живое существо, *pathos* – болезнь) – ипохондрический бред одержимости с явлениями тактильного галлюциноза (тактильные иллюзии, зуд, ощущения укусов, передвижения насекомых), реализующийся борьбой с паразитами, принимающей форму аутодеструктивного поведения.

**ИДИОПАТИЧЕСКИЕ АЛГИИ** (от греч. *idios* – собственный, особый и *pathos* – страдание) – спонтанно возникающие изначально в виде транзиторных острых приступов и быстро приобретающие персистирующий характер, изолированные, четко локализованные, не обнаруживающие тенденции к иррадиации и видоизменению, завладевающие всем естеством, чуждые предшествующему опыту болевые ощущения с признаками аутоагрессивного поведения.