

Л.В.Ромасенко

**ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ  
РАССТРОЙСТВА  
В ОБЩЕЙ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ:  
ДИАГНОСТИКА, ТЕРАПИЯ**

Москва  
«Умный доктор»  
2016

УДК 616.89-085  
ББК 56.14  
Р69

Монография подготовлена в ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России доктором медицинских наук, профессором, заслуженным врачом РФ **Л.В.Ромасенко**.

Издание рекомендовано к печати Ученым советом ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России 06.12.2013 г., протокол №11.

*Рецензенты:*

**Н.А.Тювина** – доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М.Сеченова» Минздрава России;

**С.А.Овсянников** – доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А.И.Евдокимова» Минздрава России.

Р69 **Ромасенко Л.В.**

Психосоматические расстройства в общей медицинской практике: диагностика, терапия: Монография / Л.В.Ромасенко. – М. : Умный доктор, 2016. – 112 с.

ISBN 978-5-9906806-6-1

Проведен анализ существующих представлений о патогенезе, систематике, клиническом оформлении и лечении психосоматических расстройств, наиболее актуальных у пациентов общей медицинской практики, изложен соответствующий собственный опыт диагностической и лечебной работы.

Для психиатров, психологов, врачей общей медицинской практики, занятых лечебно-реабилитационной работой с пациентами, страдающими психосоматическими расстройствами.

УДК 616.89-085  
ББК 56.14

---

## СОДЕРЖАНИЕ

---

<b>Введение</b> .....	4
<b>Глава 1.</b> Концепция психосоматических расстройств .....	6
<b>Глава 2.</b> Функциональные расстройства в гастроэнтерологии .....	16
2.1. Синдром раздраженного кишечника в структуре психосоматических расстройств .....	16
2.2. Функциональная диспепсия в структуре психосоматических расстройств .....	29
<b>Глава 3.</b> Нейроциркуляторная дистония – базисный функциональный синдром в структуре заболеваний сердечно-сосудистой системы .....	55
<b>Глава 4.</b> Принципы терапии психосоматических расстройств у пациентов в общей медицинской практике .....	80
<b>Заключение</b> .....	88
<b>Литература</b> .....	98

---

## ВВЕДЕНИЕ

---

Настоящая книга подводит определенный итог 25-летней работы сотрудников отделения психосоматических расстройств отдела пограничной психиатрии ФГБУ «ФМИЦПН им. В. П. Сербского» Минздрава России.

Отдел пограничной психиатрии был организован в 1983 г. Ю. А. Александровским как масштабное научное подразделение, в состав которого входило несколько научных отделений, в частности отделение внебольничной психиатрической помощи на нескольких клинических базах, таких как поликлиника №20, медсанчасть завода ЗИЛ, многопрофильный соматический стационар ЗИЛ, клиника факультетской терапии им. В. Н. Виноградова. В дальнейшем некоторые отделения были преобразованы в самостоятельные отделы. Отделение психосоматических расстройств все эти годы функционирует в клинике факультетской терапии им. В. Н. Виноградова в сотрудничестве с коллективом кафедры факультетской терапии №1 (зав. кафедрой – проф. В. А. Сулимов) ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России, а с 2001 г. – и на базе отделения ишемической болезни сердца Института клинической кардиологии им. А. Л. Мясникова РКНПК Минздрава России (руководитель – академик РАН Е. И. Чазов).

Сотрудники отделения ведут большую практическую и научную работу в рамках реального междисциплинарного сотрудничества, при этом в процессе совместной врачебной деятельности окончательно сформировалось понимание насущной необходимости такого профессионального взаимодействия. Показателем этого является возрастающее число консультаций, осуществляемых сотрудниками отделения, которое в настоящее время достигает более 1000 в год, что составляет примерно 30% от всего числа пациентов, госпитализированных в клинику факультетской терапии в год. Кроме того, около 100 консультаций в год проводится больным в хирургических отделениях, в отделениях реанимации, в ЛОР-клинике, в клинике по лечению суставной боли.

Анализ структуры выявляемых расстройств показывает преобладание у пациентов тревожно-депрессивных, соматоформных и ипохондрических синдромов различной этиологии; около 60% обследованных страдают различными функциональными расстройствами в понимании интернистов. Констатация актуальных психосоматических расстройств всегда требует углубленного обследования соматического состояния пациентов, дифференцированной оценки этиопатогенеза, актуального состояния больного (как соматического, так и психического), определения приоритетной модели болезни и, соответственно, лечебно-реабилитационной тактики.

Осуществляемое междисциплинарное сотрудничество реализуется также в области научных исследований в области психосоматических расстройств у пациентов соматической практики. За время совместной работы сотрудники отделения, аспиранты и соискатели ФГБУ «ФМИЦПН им. В. П. Сербского» и Первого МГМУ им. И. М. Сеченова написали и защитили 15 кандидатских диссертаций, посвященных актуальным междисциплинарным проблемам, опубликовали более 50 научных статей, методических рекомендаций, пособий для врачей.

Представленная книга посвящена именно проблеме функциональных расстройств – так называемых необъяснимых или малообъяснимых соматических синдромов, составляющих клиническую суть функциональной патологии различных физиологических систем организма. В разработке указанной проблемы участвовали не только специалисты-психиатры, но и наши глубокоуважаемые коллеги – специалисты клиники внутренних болезней: гастроэнтерологи, кардиологи, терапевты, хирурги.

Коллектив отделения психосоматических расстройств приносит большую благодарность сотрудникам кафедры факультетской терапии №1, и в первую очередь Владимиру Ивановичу Маколкину, который всячески помогал сотрудникам отделения в повседневной работе и до конца своей жизни сохранял интерес к клинической психиатрии и психосоматическому направлению.

Большую благодарность приносим заведующему кафедрой профессору В. А. Сулимову, профессорам кафедры В. М. Махову, С. И. Овчаренко, А. В. Недоступу, Н. В. Чичковой, Д. А. Напалкову, доцентам кафедры Н. С. Морозовой, Д. А. Царегородцеву, О. В. Благовой, Т. Ю. Созиновой, Т. В. Турко, врачу-терапевту коллективу клиники (М. И. Сердюк, Л. Н. Угрюмовой, Н. Д. Саркисовой, С. Р. Белоусову, С. И. Микиргумовой, М. Я. Валовац, Г. М. Папакину, И. С. Щедриной, Н. В. Морозовой, И. В. Куприной) и другим нашим коллегам – молодым врачам, ассистентам и доцентам кафедры. Все они повседневно активно сотрудничают с нами, выполняя свою работу, обсуждают наиболее сложных больных, осваивают психосоматические проблемы диагностики и терапии.

Столь длительное сотрудничество подтверждает плодотворность междисциплинарного психосоматического подхода в общей медицинской практике, способствующего пониманию сложных медицинских проблем и разрешению, оптимизации некоторых терапевтических задач. С позиций клинической психиатрии практический аспект психосоматического подхода позволяет развивать наиболее гуманные варианты оказания психиатрической помощи, сближая психиатрию с общей медициной.

В заключение хочу выразить особую благодарность руководителю отдела пограничной психиатрии, члену-корреспонденту РАН Ю. А. Александровскому – замечательному ученому, организатору научного процесса, незаменимому и демократичному руководителю, без участия которого не появилась бы эта книга.

*Руководитель отделения психосоматических расстройств отдела пограничной психиатрии ФГБУ «ФМИЦПН им. В. П. Сербского» Минздрава России, профессор, заслуженный врач РФ Л. В. Ромасенко*

---

## ГЛАВА 1. КОНЦЕПЦИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

---

Психосоматический подход, сформулированный в медицине еще Гиппократом, подразумевает оценку состояния больного в целом, а не отдельных симптомов болезни. Это традиционный подход в отечественной медицине со времен М.Я.Мудрова, который считал, что лечить следует не болезнь, а больного. Термин «психосоматика» был предложен J.Heiroth в 1818 г. для объяснения происхождения синдрома инсомнии.

Современная концепция психосоматической медицины была сформулирована в XX в. Становление психосоматики в 1930-е годы как самостоятельной научной дисциплины было предопределено сформировавшимся к тому времени мнением о недостаточности механистического, «клеточного» подхода в медицине, игнорирующего человеческую личность.

В отечественной психиатрии советского периода концепция психосоматики подвергалась серьезной и обоснованной критике (Кербиков О.В., 1960; Морозов В.М., 1964). В частности, В.М.Морозов, изучая различные теоретико-философские концепции, лежащие в основе развития западной психиатрии, провел глубокий аргументированный критический анализ концепции психосоматики. В первую очередь он подчеркнул, что психосоматика не является самостоятельной медицинской дисциплиной, а представляет исследовательский подход в медицине; ее теоретические основы недостаточно ясны, границы не определены. Психосоматика рассматривает болезни в аспекте многофакторности (мультикаузальности), а также с позиций психоанализа, психодинамики. В данном контексте В.М.Морозов приводит критические суждения американского психиатра Ю. Зискинда (1954) о том, что в психосоматике недостаточно разделены первичные или специфические причины и вторичные факторы. Наличие вторичных психологических факторов при различных заболеваниях не оправдывает отнесение таковых к психосоматическим, поскольку эти психологические факторы, по-видимому, универсальны. Концепция мультикаузальности болезни не может заменить понятия специфического происхождения. Основные причины болезни должны строго отделяться от провоцирующих факторов, а последние, в свою очередь, никогда не бывают специфическими. Психосоматики считают специфическими причинами различные психологические факторы, причем первичными причинами при этом являются и бессознательные конфликты (инфантильные, либидиозные), и общее психологическое напряжение. Обобщая, В.М.Морозов приходит к выводу, что основой концепции психосомати-

тики, базирующейся на психоаналитическом подходе, выступает философия прагматизма, операционализма, субъективно-идеалистические взгляды.

Под психосоматикой традиционно понимали направление в медицине и психологии, в рамках которого в происхождении соматических заболеваний основная роль отводилась психологическим (преимущественно психогенным) факторам. Одним из основоположников психосоматической концепции считается Ф.Александр (1950) – американский психиатр, психоаналитик по своим убеждениям. Сутью концепции Ф.Александера было установление влияния эмоций на возникновение физиологических расстройств и болезней, т.е. объяснение этиологии соматических болезней различными психогенными факторами. Представители этого направления считали, что определенные личностные конфликты приводят к развитию определенных заболеваний, подобно тому как определенные микробы специфически, избирательно поражают определенные органы. Например, заторможенный гнев имеет специфическое отношение к сердечно-сосудистой системе и провоцирует гипертензию, чувство зависимости нарушает функцию пищеварения. Отмечались и другие конфликты, специфичные для «психосоматических», соматических заболеваний. Последовательница Ф.Александера Ф.Данбар считала, что развитию конкретных болезней помимо эмоциональных факторов и факторов среды способствуют не определенные конфликты, а скорее определенные типы личности (например, так называемый коронарный). Несмотря на многочисленную критику концепции Ф.Александера, необходимо признать, что им обоснован новый междисциплинарный подход в медицине, определена в нем и роль психиатрии: «Психиатрии, одной из самых пренебрегаемых и наименее изученных медицинских дисциплин, было суждено ввести новый синтетический подход». Необходимо отметить и высокий клинический уровень исследований, гуманистические установки Ф.Александера при оценке состояния пациентов.

Для теоретического обоснования психосоматической медицины были использованы различные научные концепции: психоаналитическая теория З.Фрейда, а в дальнейшем – теория нервизма И.М.Сеченова, учение И.П.Павлова, концепция стресса Г.Селье.

Согласно мнению Г.Селье, общий адаптационный синдром является неспецифической реакцией любого организма, выражающейся в способности организма приспосабливаться к условиям существования. В становлении синдрома различают фазу тревоги (ориентировки в новой ситуации), фазу сопротивления и фазу истощения. В период фазы сопротивления осуществляется приспособление организма к его существованию в новых условиях, его мобилизация. Если адаптация в результате не формируется, то наступает срыв регулирующих физиологических процессов и возможно развитие органических изменений. Хотя Г.Селье не изучал влияние психологических стрессов, его учение об общем адаптационном синдроме было широко использовано для объяснения физиологических и психологических взаимодействий. Ю.А.Александровский разработал концепцию так называемого индивидуального барьера психической адаптации, в результате повреждения которого возможно выявление или обострение психического расстройства.

Определенное значение в развитии психосоматических заболеваний отводилось социальным факторам, что нашло свое отражение в концепции И. Вулфа о влиянии социальных стрессов (в частности безработицы) на развитие соматических заболеваний.

Широко известна концепция алекситимии, согласно которой существует определенный тип эмоционального реагирования, не позволяющий выразить чувства словами, что является причиной соматизации (Sifneos P.E., 1973). Важность ипохондрии как личностного расстройства, помимо концепции алекситимии, отражает концепция соматосенсорной амплификации, предложенная А. J. Barsky (1988). По существу, речь идет об ипохондрическом самонаблюдении и усилении патологических ощущений. Автор выделяет 3 компонента амплификации:

- 1) повышенная бдительность;
- 2) склонность выделять и фиксироваться на определенных относительно слабых или необычных телесных ощущениях;
- 3) склонность негативно оценивать сомнительные и неопределенные внутренние и соматические ощущения как патологические.

В современной медицине суть психосоматического подхода состоит в выяснении механизмов взаимодействия психических и соматических процессов, тесно связанных с окружающей средой. О психосоматическом биопсихосоциальном заболевании говорят в тех случаях, когда выявляется четкая связь между генетической предрасположенностью, особенностями поведения и реагирования личности на воздействие физических и психогенных факторов; при этом можно вести речь о реализации этих факторов в развитии болезни по механизмам преципитации (Lipowski Z.J., 1988). С этих позиций можно объяснить происхождение большинства заболеваний, соответственно, обосновать универсальность психосоматического подхода в медицине.

Несмотря на критическое отношение к психосоматическому подходу в медицине в советский период, некоторые клинические подходы «психосоматиков», отражая перспективы развития психиатрии в мире, были использованы в России, а позднее в СССР.

Речь идет о деинституализации психиатрии с выходом психиатров из стен психиатрических учреждений. В России этот процесс начался в 1909 г., когда В. П. Сербский по известным причинам оставил кафедру психиатрии, а за ним последовали его сотрудники и ученики. Тогда они начали активно заниматься «санаторной» психиатрией и психотерапией. В ближайшем Подмосковье было создано несколько частных психоневрологических санаториев, где работали известные отечественные психиатры: Н. Е. Осипов в санатории «Крюково», Ю. В. Каннабих в санатории «Покровское-Стрешнево», М. М. Асагиани в санатории «Останкино» и др. На том этапе обобщением этого опыта стала монография Ю. В. Каннабиха (1914), посвященная циклотимии и опередившая развитие учения о депрессиях на целый век.

В Советском Союзе проблемами психопрофилактики и психогигиены занимался основоположник этого направления – выдающийся отечественный психиатр и организатор здравоохранения, ученик В. П. Сербского Л. М. Розен-



штейн (1929), который предлагал широкое развитие внебольничной психиатрии, первым провозгласил выход психиатров из стен психиатрических больниц для начала психиатрической профилактики. При этом предполагалось изучение психических расстройств и у пациентов общих соматических учреждений с новых методических позиций «от здоровья к болезни». Сотрудники Л. М. Розенштейна провели обследование различных профессиональных групп. Впервые были получены сведения о начальных этапах развития медленно и вяло текущих форм психических заболеваний, выделены «микроформы» психической патологии. П. Б. Ганнушкин, развивая учение о психопатиях и пограничной психиатрии, также писал, что путь изучения расстройств от здоровья к болезни более широкий и предполагает изучение патологии личности в ее взаимодействии с окружающей средой. Известно, что П. Б. Ганнушкин предполагал организацию психиатрического отделения в большом соматическом стационаре (Галачян А. Г., 1945).

Анализируя тот период развития психиатрии, А. В. Снежневский (1975) приходит к выводу, что в годы завершения нозологической квалификации психических болезней психиатрия вышла за стены больниц, возникли психиатрические лечебницы санаторного типа, психиатров стали чаще привлекать к консультациям в соматической практике, расширились амбулаторные приемы.

В. А. Гиляровский, оценивая значение психосоматического направления в медицине, выбрал традиционное для отечественной медицины материалистическое понимание проблемы, которую обозначил как «соматопсихическое» направление в психиатрии. Под соматопсихическим В. А. Гиляровский понимал происхождение соматопсихических расстройств как психических вследствие заболевания мозга. Он писал: «Взаимоотношения соматического и психического – очень большая проблема в психиатрии и может быть правильно решена только в смысле положения, что психика – функция мозга и что психика и сома являются единством, управляемым единым органом – мозгом. Я считаю более правильным термин соматопсихики, а не психосоматики. Последний термин применяется в американской психиатрии и имеет специфическое содержание, носит печать фрейдизма. Американские психоаналитики растворяют психику в соме, не стоят на той точке зрения, что психика – функция мозга» (Гиляровский В. А., 1973).

В начале 1960-х годов О. В. Кербиков с сотрудниками и учениками возродил интерес к проблемам «малой психиатрии». Он писал, что «психиатрия зародилась в недрах клиники внутренних болезней. В начале XIX в. она выделилась как самостоятельная клиническая дисциплина. В дальнейшем в течение нескольких десятилетий продолжался процесс ее обособления, приведший к некоторому отрыву психиатрии от остальной медицины. Затем началось как бы обратное движение, и ныне мы являемся свидетелями стремительного проникновения психиатрии во все медицинские дисциплины. Этот процесс будет продолжаться, а в связи с ним будет возрастать интегрирующая медицинские знания роль психиатрии» (Кербиков О. В., 1960). Это мнение О. В. Кербикова предопределило развитие психосоматического под-

---

## **ГЛАВА 2. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ**

---

В последние годы все большее внимание уделяется изучению функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), которые часто встречаются в практике врача-гастроэнтеролога и врачей других специальностей и занимают одно из ведущих мест в структуре патологии ЖКТ (Лазебник Л.Б. и др., 2004). Многие пациенты предъявляют хронические жалобы, которые не могут быть объяснены наличием какого-либо органического заболевания. Примерно половина пациентов гастроэнтерологического стационара не имеют органической патологии, объясняющей эти симптомы (Hamilton J. et al., 1996).

Медицинские проблемы пациентов, чьи «соматические» жалобы не могут быть исчерпывающе объяснены при объективном обследовании, отражены в современных классификациях в рубрике «соматоформные расстройства».

### **2.1. Синдром раздраженного кишечника в структуре психосоматических расстройств**

Наиболее полно критерии функциональных расстройств ЖКТ представлены в классификациях, разработанных на Римских согласительных совещаниях (1988, 1999):

- 1) функциональные расстройства пищевода (спазмы, боли, дисфагия, изжога);
- 2) расстройства желудка и двенадцатиперстной кишки (функциональная диспепсия, аэрофагия, функциональная рвота);
- 3) расстройства кишечника – синдром раздраженного кишечника (СРК);
- 4) функциональная абдоминальная боль;
- 5) расстройства желчевыводящих путей;
- 6) аноректальные расстройства (недержание кала, аноректальная боль, боль в прямой кишке).

В самостоятельную группу выделены функциональные расстройства системы пищеварения у детей.

Известно, что наиболее частым вариантом функциональных гастроинтестинальных расстройств является СРК – расстройство моторной и секреторной функций кишечника, преимущественно толстой кишки, без структурных изменений органов.