
МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Кафедра психотерапии и сексологии

**НЕВРОТИЧЕСКИЕ,
СВЯЗАННЫЕ СО СТРЕССОМ
И СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА**

Учебное пособие

Санкт-Петербург
Издательство СЗГМУ им. И.И. Мечникова
2015

УДК 61.616-895
ББК 50.145.093
Н40

Н 40 Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства: учебное пособие / С.М. Бабин, П.О. Бомов, А.В. Васильева, А.В. Зотова, Т.А. Караваева, Г.Э. Мазо, С.В. Полторацк, В.А. Сазыкина, С.Ф. Случевская, Е.И. Чехлатый, Е.Б. Мизинова.— СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2015. — 44 с.

Рецензент:

Петрова Н.Н. — д-р мед. наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного университета.

В учебном пособии рассматривается проблема современных представлений о невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах, имеющих широкое распространение среди населения. Представлена роль психотравмирующих ситуаций и их восприятия в качестве значимых стрессогенных переживаний в формировании пусковых дезадаптирующих механизмов, нарушающих нормальное функционирование организма. Детально рассмотрены этиологические и патогенетические факторы, клинико-психопатологические аспекты, психологические основы и проблемы формулировки диагнозов невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств, которые позволят специалистам проводить своевременную дифференциальную диагностики этих нарушений и формировать эффективные стратегии лечения.

Учебное пособие предназначено для психотерапевтов, психиатров, клинических психологов, врачей общей практики.

Утверждено в качестве учебного пособия
Ученым советом ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова.
Протокол № 6 от 26.06.2015 г.

© С.М. Бабин (Коллектив авторов), 2015 г.
© Издательство СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2015 г.

Авторы:

Бабин С.М. — д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой психотерапии и сексологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова, вице-президент Российской Психотерапевтической Ассоциации (РПА). sergbabin@inbox.ru

Бомов П.О. — канд. мед. наук, доцент кафедры психотерапии и сексологии СЗГМУ им И.И. Мечникова. bomoff@yandex.ru

Васильева А.В. — д-р мед. наук, доцент кафедры психотерапии и сексологии СЗГМУ им И.И. Мечникова, ведущий научный сотрудник НИПНИ им. В.М. Бехтерева. annavdoc@yahoo.com

Зотова А.В. — канд. мед. наук, ассистент кафедры психотерапии и сексологии СЗГМУ им И.И. Мечникова. avzot@mail.ru

Каравеева Т.А. — д-р мед. наук, главный научный сотрудник НИПНИ им. В.М. Бехтерева. tania_kar@mail.ru

Мазо Г.Э. — д-р мед. наук, главный научный сотрудник НИПНИ им. В.М. Бехтерева.

Полторак С.В. — канд. мед. наук, доцент кафедры психотерапии и сексологии СЗГМУ им И.И. Мечникова, ведущий научный сотрудник НИПНИ им. В.М. Бехтерева. poltorak62@mail.ru

Сазыкина В.А. — ассистент кафедры психотерапии и сексологии СЗГМУ им И.И. Мечникова. valeria1710@mail.ru

Случевская С.Ф. — канд. мед. наук, доцент кафедры психотерапии и сексологии СЗГМУ им И.И. Мечникова. 2009sofia2009@rambler.ru

Чехлатый Е.И. — д-р мед. наук, профессор, ведущий научный сотрудник НИПНИ им. В.М. Бехтерева. chekhlaty@mail.ru

Мизинова Е.Б. — канд. психол. наук, старший научный сотрудник НИПНИ им. В.М. Бехтерева.

ВВЕДЕНИЕ

Одной из основных задач современной медицины является разработка эффективных стратегий лечения и реабилитации пациентов на основе научных представлений и практических успехов здравоохранения, позволяющих достигать быстрого восстановления трудоспособности пациентов, сокращать сроки их лечения, предотвращать формирование затяжных, хронических форм заболевания, снижать вероятность возникновения их рецидивов и декомпенсации состояния. Несмотря на успехи, достигнутые в последние десятилетия в области диагностики и лечения психических заболеваний, профилактика, лечение и реабилитация больных с невротическими, связанными со стрессом, и соматоформными расстройствами продолжают оставаться важной проблемой медицины. Клиническая картина, особенности нарушений в системе отношений личности, психологические особенности пациентов с этими расстройствами тесно связаны с внешними социальными, экономическими, культуральными факторами, которые динамичны, изменчивы и находятся в постоянном развитии. Планирование в ходе лечения пациентов с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами, психотерапевтической программы зависит от клинических параметров течения заболевания и от психологических характеристик личности больного, особенностей его представлений, ценностей, системы отношений, актуальной психотравмирующей ситуацией. Их формирование и изменение во многом определяется социальными механизмами, общественными ценностями, динамикой общественного сознания. Несомненно, что оптимизация диагностических и лечебных подходов должна проходить с учетом динамических изменений в клинических и психологических характеристиках данных расстройств с учетом их связи с общественными отношениями, ценностными ориентациями и с применением современных комплексных диагностических возможностей.

Недостаточное использования современных методов исследования, отсутствие представлений о специфике получаемых с их помо-

щью результатов, характерных для нарушений невротического регистра, приводит к некачественной негативной диагностике и в итоге не позволяет демаскировать клинически сходную патологию, но имеющие различные этиологические и патогенетические механизмы. Это в свою очередь приводит к ошибочной терапевтической стратегии, использованию неадекватных методов лечения, способствует формированию хронических, затяжных форм заболевания.

Всем этим недостаточно разработанным проблемам и посвящено данное учебное пособие.

СУЩНОСТЬ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ КЛАССИФИКАЦИЙ И МКБ

Традиционное, основанное на патогенетических представлениях о сущности невротических расстройств определение, сформулировано В.Н. Мясищевым в 1960 году — это психогенное заболевание, в основе которого лежит неудачно, нерационально и непродуктивно разрешаемое личностью противоречие между нею и значимыми для нее сторонами действительности, вызывающее болезненно тягостные для нее переживания неудач в жизненной борьбе, неудовлетворенности потребностей, недостигнутой цели, невознагражденной потери. Неумение найти рациональный и продуктивный выход влечет за собой психическую и физиологическую дезорганизацию, что и является базой для современной концепции невротических расстройств, которая разрабатывается с 30-х годов прошлого века до настоящего времени ведущей в России Санкт-Петербургской (Ленинградской) научной школой В.Н. Мясищева (1960) — Б.Д. Карвасарского (1990).

Современное учение о невротических расстройствах основывается на синтезе данных об их биологических, психологических и социальных механизмах, лежащих в основе биопсихосоциальной парадигмы природы заболевания, что соответствует представлениям о позитивной и негативной диагностике невротических расстройств.

Принцип позитивной диагностики состоит в выявлении психогенной природы заболевания:

- 1) расстройство имеет связь с личностью пациента, психотравмирующей ситуацией, с неспособностью личности в данных конкретных условиях самостоятельно разрешить ее;
- 2) возникновение и течение невротического расстройства связано с патогенной ситуацией и переживаниями личности: наблюдается соответствие между динамикой состояния больного и изменением психотравмирующей ситуации, по крайней мере, на этапе острого и частично затяжного невротического расстройства;

- 3) клиническая картина невротического расстройства по своему содержанию в определенной степени связана с психотравмирующей ситуацией и переживаниями личности, наиболее сильными и глубокими ее стремлениями, представляя аффективную реакцию, патологическую фиксацию тех или иных переживаний;
- 4) отмечается более высокая эффективность психотерапевтических методов по отношению ко всему заболеванию и отдельным его клиническим проявлениям сравнительно с биологическими воздействиями. Конфликтные переживания и нарушения функционирования имеют связь преимущественно с особо значимыми жизненными отношениями человека, проявляясь специфическими клиническими феноменами и не включают в общую картину заболевания психотических расстройств.

Таким образом, убедительная диагностика невротических расстройств, отграничение их от сходной патологии, изучение динамики заболевания базируются на ряде критериев: выраженности и своеобразии клинических проявлений, структуре и особенностях личности пациента и типе патогенной конфликтной ситуации.

Принцип негативной диагностики позволяет относить к «чистым» невротическим расстройствам только те клинические проявления, при которых отсутствуют органические изменения, обнаруживаемые современными методами исследования. Широкое применение методов прижизненного морфологического исследования, инструментально-лабораторных и биохимических методов (магнитно-резонансная томография, электроэнцефалография, анализ биохимических, нейропсихологических характеристик и др.) позволяет провести достаточно убедительную дифференциальную диагностику собственно невротических расстройств и неврозоподобных состояний.

Описание, сравнительная характеристика и дифференциальная диагностика невротических расстройств невозможна без соотнесения их с определенной классификацией. Отсутствие единого взгляда на этиопатогенетические механизмы невротических расстройств, опора на различные критерии, приверженность к определенным научным школам привели к существованию многообразных классификационных делений. Наиболее распространенной в отечественной литературе, начиная с работ В.Н. Мясищева (1969), является группирование неврозов, основанное на позитивной и негативной их диагностике: неврастения, истерический невроз, невроз навязчивых состояний (обсессивно-фобический невроз). В основу деления легли не только кли-

нические проявления различных форм невротических расстройств, но и своеобразии патогенетических механизмов, особенности личности пациентов.

На протяжении последних нескольких десятилетий имеет место дискуссия о возможном применении в научных исследованиях Международной классификации болезней (МКБ) соответствующего пересмотра (1999). Непременно подчеркивается, что основной смысл этих классификаций — необходимость единого статистического учета заболеваний и их исходов во всем мире, который позволил бы адекватно оценивать ситуацию распространенности различного рода состояний, разработку на основе этого медикосоциальных и экономических государственных стратегий лечения. Положенная в основу «атеоритичность», т. е. отсутствие опоры на научные школы, стремление к описательности и отсутствие использования во всех вариантах МКБ единых критериев для классификации невротических расстройств явилось поводом для критики ее большинством специалистов. Необходимо подчеркнуть, что эта классификация и по своему замыслу отвечает исключительно статистическим целям, должна была способствовать быстрому переходу многочисленных стран на единый, понятный специалистам с различной степенью подготовленности язык, и не должна была подменять существующие национальные классификации. Попытка игнорировать это положение может привести к потере национального достояния в области психиатрии вообще, а в учении о невротических расстройствах в частности, поскольку исключение знаний об этиологии и патогенезе невротических расстройств не только нивелирует их сущность, но и обесценивает многолетние и многочисленные труды большого числа выдающихся отечественных ученых.

Попытки создания единой научной классификации в психиатрии предпринимались неоднократно, однако только МКБ 8-го пересмотра в какой-то степени отвечала существующим запросам. В последующем примерно один раз в 10 лет происходит очередной пересмотр МКБ, отражающий накопление новых знаний и пересмотр существующих диагностических категорий. Первое широкое распространение в отечественной практической медицине получила МКБ 8-го пересмотра, принятая Генеральной ассамблеей ВОЗ в 1966 году, которая начала функционировать на национальном уровне с 1968 года. Одна из трех основных рубрик включала в себя неврозы, психопатии и другие психические расстройства непсихотического характера. С одной стороны, в комментариях к МКБ-8 содержится пояснение, что к этой

группе относятся неврозы в нозологическом понимании и для их диагностики обязательным является наличие невротического механизма, включающего в себя внутренний конфликт, внутреннее переживание и сознание болезни, зависимость болезненной симптоматики от психогенных факторов. С другой стороны, в МКБ-8 уже наблюдалось смешение форм и синдромов, а также без достаточно убедительных теоретических и клинико-практических оснований выделялись в качестве отдельных форм некоторые синдромы.

Клинико-методологически мало оправдано отнесение фобий невротических и обсессивно-компульсивного невроза к отдельным формам неврозов. Навязчивая фобическая симптоматика, выраженная в большей или меньшей степени, является одной из наиболее часто встречающихся форм обсессивно-компульсивного невроза. Отдельной формой выделен деперсонализационный синдром, который не является патогномичным для неврозов и встречается в клинической практике как синдром невротической природы крайне редко. Выделение ипохондрического невроза основано на доминировании в клинической картине ведущего ипохондрического синдрома, который может встречаться при всех формах неврозов. Таким образом, в данном случае как классификационный критерий используется не нозологический, а синдромологический подход.

Отдельным разделом в МКБ-8 вынесены соматические расстройства предположительно психогенной этиологии, куда вошли такие диагностические категории как неврогенный зуд, психогенный спазм, психогенный кашель, сердечно-сосудистый невроз, психогенные нарушения желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы и проч.

В 1975 г. была принята МКБ-9, которая не содержала радикальных изменений по сравнению со своей предшественницей. При этом классификация МКБ-9 была существенно адаптирована и фактически изменена при представлении для обязательного использования в психиатрических учреждениях в СССР. Этот факт, а также искусственная изоляция отечественной психиатрии от зарубежного опыта привели к достаточно болезненному переходу к МКБ-10 в России. Впервые в названии основной рубрики появилось понятие «невротическое расстройство» как собирательное понятие при сохраняющейся нозологической форме «невроз». Сохраняется понятие невроза тревоги (страха), хотя в самом названии уже делается акцент на преобладании тревожной, нефабулируемой симптоматики. Несколько суживается понятие истерического невроза, практически до конверсионных

форм и селективной амнезии. Фобии невротические также отделены от невроза навязчивости, к которому относят навязчивые действия, мысли, воспоминания, отвлеченные размышления, но судя по логике, не включают в себя навязчивые переживания (фобии невротические). Сохраняются, как и в МКБ-8, понятия депрессивный невроз и ипохондрический невроз, выделяемые на основании ведущей клинической симптоматики, без связи с этиологическими и патогенетическими механизмами.

Существуют два принципа построения классификаций в медицине. В отечественной психиатрии традиционно использовался подход, имеющий т. н. парадигматический характер. Это обозначает, что диагностика основывается на изучении и описании «типичных случаев» данного заболевания и его вариантов. Врач в процессе диагностики сравнивает новый случай с классическими описаниями и выбирает наиболее сходный вариант, что и приводит к заключительному диагнозу. При проведении специальных сравнительных исследований было показано, что такой способ диагностики дает вдвое больший «диагностический разброс» по сравнению с операциональными диагностическими системами. Их главным компонентом является диагностический алгоритм, логическая операция включения и исключения из группы на основе жестко сформулированного перечня признаков или симптомов, что и позволяет при наличии соответствующей информации приходиться к одинаковым диагностическим заключениям.

К наиболее известным операциональным классификациям в настоящее время относятся МКБ-10 и классификации американской психиатрической ассоциации DSM-III-R и DSM-IV.

Клинический диагноз включает в себя обычно нозологическую и синдромальную квалификацию. Для преодоления одномерности подобного подхода в диагнозе могут указываться степень изменений личности, характер ремиссии и другие признаки, однако, подобная многомерность скорее случайная и хаотичная. Выгодной отличительной особенностью классификаций DSM-III-R и DSM-IV является их многомерный характер, т. е. кроме клинического диагноза, система включает в себя личностную ось, соматическую ось, ось психосоциальных факторов, вызывающих стресс и ось уровня социальной адаптации. (Например: Ось 1 — Депрессивное расстройство, единичный эпизод. Ось 2 — Шизоидная личность. Ось 3 — Гипертензия. Ось 4 — Экстремальный стрессовый фактор (смерть супруги). Ось 5 — Значительные нарушения трудовой деятельности (больной избегает близ-

ких отношений, часто не выходит на работу из-за сильных головных болей).

Многомерность современных клинических подходов — существенный шаг вперед по пути индивидуализации диагноза и повышения его роли в выборе терапевтической тактики. К сожалению, многоосевой вариант МКБ-10 пока не рекомендован к применению.

Несмотря на то, что принятая в 1987 году МКБ-10 претерпела существенные изменения, к сожалению, она не нашла единодушного позитивного одобрения специалистами. Наиболее существенные изменения в МКБ-10 по сравнению с МКБ-9 претерпели разделы, описывающие невротические и личностные расстройства. Положительным моментом является значительное увеличение диагностических категорий, позволяющих более точно описать имеющиеся у пациента расстройства. В МКБ-9 было только 30 трехзначных категорий (290–319), а психиатрический класс МКБ-10 содержит 100 таких категорий. Вместо привычных 3–6 форм неврозов в нашем распоряжении расширенный перечень тревожно-фобических (F40, F41) и обсессивно-компульсивных проявлений (F42). Современный патоморфоз истерического невроза (соматизация) нашел свое отражение в рубриках соматоформных расстройств (F45), наряду с сохранением традиционной диссоциативной/конверсионной симптоматики (F44). Фактически появился новый раздел (F43), включающий в себя острые невротические реакции, посттравматическое стрессовое расстройство, расстройства адаптации.

Рекомендации авторов классификации использовать более одного шифра при диагностике позволяют максимально полно охарактеризовать невротические проявления.

Тем не менее, имеются и определенные претензии к новой классификации. Упрощение и формализация при группировке нарушений, оторванность от теоретического осмысления приводит к потере важной информации, ликвидации этиологической и патогенетической основы разграничения состояний, что не способствует ни проведению научных разработок, ни выбору, что самое главное, дифференцированных, эффективных стратегий лечения. Преимущественно отсутствует указание на обязательное наличие специфического внутриличностного конфликта и определенных личностных особенностей.

Подчеркнуто описательный подход привел к растворению депрессивного невроза и личностных расстройств депрессивного типа в разделе аффективных расстройств настроения (F3), что не соответствует имеющимся диагностическим подходам и терапевтической практике.

В разделе F4 появляется рубрика реакция на тяжелый стресс и расстройство адаптации, состояния, которые по патогенетическому механизму обычно не имеют отношения к невротическим расстройствам, но в силу их нахождения в составе раздела, часто вносят путаницу в эти понятия.

К сожалению, в этой версии МКБ полностью ликвидировано понятие истерического невроза. Если в предыдущей версии он упоминался, но сущность его проявлений были значительно сужены, то в настоящее время рубрика представлена исключительно диссоциативными (конверсионными) расстройствами, которые в современной клинической практике встречаются достаточно редко. Истерические расстройства, клиника которых представлена преимущественно истерическими эмоционально-аффективными нарушениями, своеобразными фобическими, астеническими, ипохондрическими проявлениями не нашли своего отдельного места в данной классификации.

В раздел соматоформные расстройства попали как соматизированные расстройства, соматоформная вегетативная дисфункция, так и ипохондрическое расстройство, которое не имеет отношения к соматоформным проявлениям, а ипохондрическая фиксация при этих состояниях носит преимущественно вторичный характер.

Неврастения, единственная форма невротических расстройств, которая сохранила свое классическое понятие, включена в раздел «другие невротические расстройства», наряду с синдромом деперсонализации-дереализации, который не является нозологической единицей.

Появление новых рубрик в разделе расстройств зрелой личности (F6) позволяет расширить традиционные диагностические категории отечественной психиатрии, однако при этом произошло смешение понятий динамической психиатрии, относящихся к уровню личностной организации (пограничное личностное расстройство F60.31) и обычных типов патологии личности.

Разделяя критические замечания в адрес МКБ-10, В.А. Точилев в «Национальном руководстве по психиатрии» (2009) предложил разделить сферы влияния классификаций, «оставив для психиатров концептуальную, национальную классификацию, а МКБ-10 применять лишь исключительно для статистических целей».

Это обоснованно и целесообразно из-за явлений клинического патоморфоза — размытость клинической симптоматики при классических формах невротических расстройств, отсутствие в большинстве случаев патогномичной симптоматики для каждой конкретной формы — могут приводить к непродуктивности применения как

исключительного нозологического подхода (в связи с трудностями дифференциальной диагностики, особенно на первых ее этапах), так и смешанного синдромального и нозологического, поскольку в этом случае наличие различных критериев классификации приводит к потере патогенетического понимания и путанице в разграничении различных клинических состояний.

Постепенный переход в классификации психических расстройств от парадигматических подходов, основанных на описании т.н. «типичных случаев» к операциональным диагностическим системам (МКБ-10, DSM-IV), базирующимся на жестко сформулированных наборах признаков или симптомов, предопределил отказ от нозологического принципа в диагностике в пользу синдромального или скорее даже «симптомокомплексного». Помимо теоретических дискуссий в изменении подходов к классификации велико значение давления фармакологической индустрии, заинтересованной в продвижении конкретных препаратов для терапии конкретного расстройства, носящего, с точки зрения неврологии, скорее характер синдрома. В связи с этим из современных классификаций психических расстройств фактически исчезло понятие невроза, а наличие в названии раздела F4 МКБ-10 термина «невротические расстройства» является лишь уступкой некоторым профессиональным предпочтениям, причем довольно абсурдным по сути, т.к. далее этот термин нигде более не употребляется. Означает ли это, что традиционное понимание невроза постепенно уходит?

С нашей точки зрения отставание исключительно рубрик привычной классификации бессмысленно и бесперспективно. Но, в этой связи, для сохранения самого понимания неврозов особое положение приобретает именно психотерапия. Подход к диагностике, а главное к психотерапии невротических расстройств напрямую связан с определенной личностной концепцией. Отсюда вытекает понимание нормы (в психотерапии — личности), патологии (в психотерапии — личностных нарушений) и логически следующее из этого представление о задачах и способах лечения.

Основные задачи психотерапии в рамках динамического направления заключаются, не столько в симптоматическом улучшении, которое может соответствовать рубрикам МКБ-10, сколько в психологической коррекции личности, в реконструкции и восстановлении нарушенной системы отношений больного неврозом, что невозможно без целостного понимания невроза как особого клинического и психологического феномена. Именно этим подходам следует круп-

нейшая отечественная Санкт-Петербургская школа психотерапии, базирующаяся на психологии отношений и патогенетической концепции неврозов и психотерапии В.Н. Мясищева и личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии Б.Д. Карвасарского, Г.Л. Исуриной, В.А. Ташлыкова, являющейся ее дальнейшим развитием в современных условиях.

На фоне бурных дискуссий по поводу классификаций следует отметить, что для проведения психотерапии определение диагноза, конечно, имеет большое значение, однако, значительно важнее такие понятия как внутрличностный конфликт, психологическая защита, мотивация пациента, способность к сотрудничеству и т. п., которые никогда не входили и не могут входить в клинико-статистическое понятие психиатрического диагноза. В этой связи можно процитировать американского психотерапевта Семрада: «И часто бывает так, что, когда вы ближе узнаете пациента, его диагноз совершенно теряет свое значение».

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

На основании позитивной и негативной диагностики выделяют три типа невротических расстройств: *истерический*, характеризующийся специфическими диссоциативными, конверсионными расстройствами, истерическими эмоционально-аффективными нарушениями, своеобразными фобическими и астеническими проявлениями; *обсессивный тип*, представленный в виде двух клинических вариантов — *обсессивно-фобического* и *обсессивно-компульсивного*. Первый в клинической картине характеризуется преимущественно наличием навязчивых переживаний страха с четкой фабулой, обостряющегося в определенных ситуациях при наличии достаточной критики; второй — включает в себя пациентов, у которых в клинической картине преобладают навязчивые мысли, воспоминания, сомнения, движения и действия. *Неврастенический тип* характеризуется преобладанием общевневротических, астеновегетативных расстройств.

Для оценки динамического аспекта невротических расстройств на основании длительности течения заболевания, особенностей клинической картины и взаимосвязи с психотравмирующей ситуацией, выделяют следующие стадии: *острое невротическое расстройство*,

затяжное невротическое расстройство, невротическое развитие личности. Острое невротическое расстройство определяется при длительности заболевания до 1 года. У пациентов выявляется зависимость симптоматики от ситуации, а в клинической картине отражаются особенности личности, преморбидного фона, формировались защитные невротические механизмы. В структуре острого невротического расстройства дополнительно выделяется *стадия невротической реакции*, которая отмечается у пациентов, длительность заболевания которых не превышает трех месяцев. На этой стадии доминирует тяжесть психотравмирующих обстоятельств, а клиническая картина представлена преимущественно реактивно-невротическими симптомами. Затяжное невротическое расстройство отмечается у пациентов с длительностью заболевания от 1 до 5 лет и характеризуется расширением спектра невротических симптомов, неспецифичностью их проявления, ипохондризацией. На этом этапе заболевания происходит саморазвитие невротических и патохарактерологических проявлений.

Начало заболевания может носить различный характер, выделяют *острое, подострое и постепенное возникновение симптоматики.*

Для истерического типа невротического расстройства более характерно острое и подострое возникновение симптоматики и реже встречается постепенное развитие симптоматики. Готовность организма к быстрому формированию невротических симптомов и высокая интенсивность их проявления обусловлены в первую очередь преморбидными личностными особенностями (высокий уровень аффективного напряжения, эмоциональная лабильность, импульсивность, склонность к преувеличению страдания, демонстративность), которые в патогенной ситуации активно способствуют развитию клинической симптоматики, наряду с механизмом условной выгоды болезни.

Обсессивный тип невротического расстройства, включающий в себя и обсессивно-компульсивный и обсессивно-фобические типы, чаще начинается остро. Реактивное начало заболевания более характерно при развитии фобической симптоматики в виде острых приступов фобий, в основе которых лежит страх смерти (кардиофобии, канцерофобии и др.) или различные социально значимые ситуации, способствующие быстрому формированию ограничительного поведения. У некоторых пациентов с обсессивным типом невротического расстройства клинические проявления развиваются постепенно. В этих случаях отмечается формирование более сложного обсессив-

ного симптомокомплекса, когда, наряду с фобиями, имеются навязчивые мысли и действия, постепенно расширяющиеся и формирующие ритуалы, позволяющие пациенту снижать психоэмоциональное напряжение, но ограничивающие его функционирование.

Для пациентов с неврастеническим типом невротического расстройства более характерным является постепенное возникновение симптоматики. В большинстве случаев развитию симптомов невротической астении предшествуют ситуации длительного эмоционального и (или) физического напряжения, с которыми на начальных моментах пациент справляется за счет волевых усилий и резервов организма, оставаясь какое-то время клинически компенсированным. Постепенное возникновение симптоматики способствует тому, что пациенты, для которых характерна ответственность, высокая требовательность к себе, чувствительность к критике, продолжают пытаться преодолеть трудности и недомогание, прилагая чрезмерные усилия и тем самым еще более декомпенсируются.

Течение заболевания у пациентов с невротическими расстройствами преимущественно носит постоянный или волнообразный характер. При постоянном течении заболевания у пациента обычно не наблюдается стойкой ригидности интенсивности и разнообразия симптоматики и отмечаются относительные улучшения и ухудшения состояния, но общая линия расстройства в целом находится на одном уровне. При волнообразном течении имеются четко очерченные периоды стойкого улучшения самочувствия (без полной редукции симптомов), которые под воздействием различных факторов сменяются периодами ухудшения. Значительно реже при невротических расстройствах встречаются прерывистый (рецидивирующий) и прогрессивный типы течения. Прерывистый тип течения чаще отмечается, когда развитие заболевания тесно связано с наличием конкретной патогенной внешней ситуации, при разрешении которой исчезает необходимость функционирования невротических механизмов. При повторном возникновении психотравмирующей ситуации, затрагивающей значимые сферы отношений больного, им легко воспроизводятся привычные аффективные реакции, невротические защитные механизмы, характерные симптомы. Прогрессивный тип течения невротических расстройств можно считать условным, поскольку данное заболевание не носит инвалидизирующего характера и не приводит к смертельному исходу. Этот тип чаще всего относится к короткому временному периоду и преимущественно встречается на стадии острого невротического состояния.

В ходе оценки основных клинических характеристик невротических расстройств у пациентов определяются синдромы, объединяющие взаимосвязанную между собой симптоматику. Выделяют шесть ведущих (доминирующих) синдромов, наиболее характерных для невротических расстройств и отражающих основную направленность клинических проявлений: *тревожный, депрессивный, фобический, обсессивный, астенический, ипохондрический*. В современной клинической картине невротических расстройств практически не встречается состояний, которые могли бы характеризоваться исключительно одним синдромом, наблюдается полиморфизм симптоматики.

Наиболее часто у пациентов с невротическими расстройствами в качестве ведущих синдромов определяются тревожный и фобический, несколько реже астенический и еще реже депрессивный, ипохондрический и обсессивный.

Тревожный синдром включает в себя приступы страха, тревоги, не связанные с реальной опасностью, хоть и имеющие конкретную фобу, но не сформированную в четкую стойкую фобию. Чаще всего у этих пациентов тревожные переживания затрагивают различные сферы отношений и жизнедеятельности. Так, эти пациенты испытывают тревогу по поводу различных ситуаций, касающихся их близких, проблем на работе, ожидания возможных неприятностей в ближайшем будущем, своего состояния и возможного выздоровления. Они часто обращаются к неприятным мыслям и образам, моделированию негативного исхода различных ситуаций. Необходимо отметить, что содержанием тревожного синдрома не является так называемая «свободноплавающая», генерализованная, безотчетная, беспредметная тревога, которая и не характерна для невротических расстройств.

Фобический синдром характеризуется навязчивым переживанием страха с четкой фабулой, обостряется в определенных ситуациях при наличии достаточной критики. Эти состояния вызывают интенсивное страдание пациентов в связи с тем, что носят яркий, образный, чувственный характер с одной стороны, а с другой — осознаются как необоснованные и вызывают стремление бороться с ними. В большинстве своем они представлены социо- и нозофобиями, а также страхом загрязнения, заражения и нанесения увечья себе, своим близким или детям. Часто этот синдром сопровождается ограничительное поведение, выраженные вегетативные проявления, представленные преимущественно в виде смешанных кризов.

В проявлениях *астенического синдрома* у пациентов преобладают ощущения отсутствия отдыха, общей слабости, усталости, повышен-

ной утомляемости, трудности концентрации внимания, снижение работоспособности, нарушение сна, головные боли, в некоторых случаях раздражительность, повышенная сенсорная чувствительность, эмоциональная лабильность. Предоставление возможности отдохнуть не приводит к стойкому улучшению состояния и существенно не влияет на выраженность астенических проявлений.

Депрессивный синдром при невротических расстройствах отличается определенной специфичностью. В большинстве случаев депрессивное состояние пациента ситуативно обусловлено и связано с жизненными психотравмирующими обстоятельствами и часто ограничено ими. Основным его компонентом является сниженный фон настроения, не доходящий до уровня тоски, без признаков витальности, типичных для эндогенных состояний суточных колебаний. Нехарактерны были стойкие идеи самообвинения, моторная заторможенность, суицидальные тенденции.

Ипохондрический синдром проявляется в виде неадекватного отношения к своему здоровью, страха за свое состояние, чрезмерной фиксации на своих ощущениях, повышенном беспокойстве пациента о здоровье в целом или о функционировании какой-то части его тела. Эти переживания в некоторых случаях могут носить доминирующий характер, но не перерастают в сверхценные и бредовые построения. Именно по этой причине ипохондрический синдром достаточно редко встречается как ведущий и чаще оценивается как дополнительный в структуре текущего расстройства.

Обсессивный синдром характеризуется внезапным появлением навязчивых мыслей, сомнений, представлений или желания совершения каких-либо действий, не связанных в данный момент с содержанием сознания и поэтому воспринимается больными как чуждые, эмоционально-неприятные, сопровождаются тягостным аффективным состоянием. В ряде случаев у пациентов формировались различные ритуалы, выполнение которых снижает аффективную напряженность и субъективно облегчает состояние.

У пациентов с истерическим типом невротического расстройства ведущими синдромами чаще всего являются тревожный или фобический. Особенности проявления при этом типе тревожного синдрома характерна чрезмерная драматизация и катастрофизация переживаний, стремление привлечь окружающих для участия в обсуждении или разрешении тревожащих ситуаций, избегание ответственности и отрицание своей роли в их возникновении. Фобический синдром встречается реже и менее стойкий по сравне-

нию с фобическими проявлениями при обсессивном типе, зависит от поведения окружающих и ситуации, имеет большую условную выгодность. Пациентами подчеркивается тяжесть и необычность своего страдания, они часто используют его ухудшение с манипулятивными целями, обвиняют окружающих и стремятся добиться от них желаемого поведения. Характерные особенности проявления депрессивного синдрома при истерическом типе невротического расстройства заключаются в обращении объекта страдания на себя. Например, при потере близкого сниженное настроение объясняется не столько переживаниями актуальной ситуации, сколько тем, как плохо самому пациенту.

При обсессивно-фобическом типе невротического расстройства наиболее характерными ведущими синдромами являются фобический или обсессивный.

Наиболее часто отмечаются яркие навязчивые фобические проявления, которые являются основным источником декомпенсации у этих пациентов. Встречаются как изолированные фобии (их меньшинство), так и сочетанные проявления навязчивых страхов. Реже встречаются обсессивные проявления в виде сомнений, страхов, действий.

В клинической картине неврастенического типа чаще ведущими синдромами являются астенический или тревожный. Причем тревожная симптоматика обычно сочетается с повышенной раздражительностью, сенситивностью к раздражителям и характерна для ранних стадий развития заболеваний, когда еще сохраняются возможности для аффективного реагирования.

Выделяют и другие синдромы (не доминирующие) в клинической картине невротических расстройств, которые могут быть представлены в различной степени выраженности.

Диссомнический синдром был представлен различными типами нарушений сна. Чаще всего у пациентов с невротическими расстройствами выявляются трудность засыпания из-за беспокоящих тревожных мыслей, усиления страхов, связанных с возможным ухудшением состояния в ночное время, повышенной чувствительности к незначительным раздражителям, воспроизведения актуальных личностных переживаний, ипохондрической фиксации на соматических ощущениях. Прерывистый или поверхностный сон часто сопровождался тревожными и кошмарными сновидениями, отсутствием чувства отдыха утром, вегетативными нарушениями. Синдром вегетативного возбуждения включал в себя такие периодически возникающие ощу-

щения как сердцебиение, потливость (холодный или горячий пот), тремор, покраснение, сухость во рту и др.

Синдром соматоформной вегетативной дисфункции выделяется, когда кроме общих диффузных симптомов вегетативного возбуждения имеются достаточно стойкие симптомы, относящиеся к конкретной системе или органу (сердце и сердечно-сосудистая система, желудочно-кишечный тракт, дыхательная, мочеполовая системы), и не обусловленные любыми выявляемыми физическими расстройствами.

Истерический симптомокомплекс сочетает в себе специфические особенности эмоционального реагирования (склонность к бурному, яркому выражению чувств, повышенная требовательность, тяга к самопоказу и самовосхвалению, упорство в отстаивании эгоистических интересов, избыточная впечатлительность, ранимость, склонность к переоценке жизненных трудностей), интеллектуальных процессов (мечтательность, избыточное фантазирование, инфантильность суждений, склонность к мистицизму, субъективизм, внушаемость, визуализация представлений), специфические моторные, сенсорные, аффективные и поведенческие нарушения.

Синдром панических атак включает в себя внезапно начинавшиеся дискретные эпизоды интенсивного страха, паники, не всегда связанные со специфическими ситуациями или предметами, сопровождающиеся полисистемными вегетативными симптомами. У пациентов часто отмечается озабоченность, тревога по поводу повторения панических атак и беспокойство, связанное с опасением возможных последствий для здоровья, осложнений.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО

В современных условиях напряженной социально-экономической ситуации, локальных войн, террористических актов, природных и техногенных катаклизмов, роста смертности и преступности, когда люди часто оказываются в условиях острых и (или) хронических травмирующих событий, посттравматическое стрессовое расстройство является актуальной проблемой, как в клиническом, так и в социальном аспектах.

Распространенность посттравматического стрессового расстройства среди населения достаточно высока. Численность людей, у которых оно выявляется, возрастает во время трагических событий, ох-

ватывающих значительную часть населения. Считается, что хотя бы одно травматическое событие в своей жизни пережили более половины мужчин и женщин, многие — две или больше психических травм. Прогнозируется дальнейший рост психических расстройств в ответ на психические травмы.

Описывают развитие посттравматического стрессового расстройства при воздействии стрессоров различного характера, как острого, так и хронического, в частности при стихийных бедствиях; у заложников; у пострадавших при совершении террористических актов; совершении физического, сексуального насилия; при травмах социального характера; при детской травматизации; насилиях, совершаемых в семье; у беженцев; при техногенных катастрофах; автокатастрофах; безработице; у мигрантов и вынужденных переселенцев. Посттравматическое стрессовое расстройство часто развивается в условиях боевого стресса. Потерпевшими могут быть не только непосредственно травмированные люди, но и очевидцы происходящих событий, родственники, спасатели, медицинский персонал, пожарные, становясь скрытой жертвой во время оказания помощи при катастрофах.

Однако далеко не у всех людей, переживших влияние одного и того же стрессового события, развивается посттравматическое стрессовое расстройство. В последние десятилетия в его возникновении придается большое значение факторам риска: этиологическим, биологическим, психологическим, социально-психологическим и др. Многократные травмирующие события, которым подвергается человек, являются высокими факторами риска развития посттравматического стрессового расстройства.

Одной из причин развития посттравматического стрессового расстройства являются личностные особенности пострадавшего. Этому способствуют негативные условия воспитания, в частности, плохое обращение в детстве — физическое, сексуальное и эмоциональное насилие. Особое значение придается отношению самого пострадавшего к произошедшему. Существует точка зрения, что развитие посттравматического стрессового расстройства обусловлено восприимчивостью некоторых людей к стрессу. Большое влияние имеют социально-психологические факторы, включающие в себя негативные семейные отношения, условия воспитания, ведущие к патологии личности при посттравматическом стрессовом расстройстве, в том числе, нарушениям ее идентичности. Роль внутренних и внешних факторов риска в настоящее время практически не

оспаривается, однако, единое мнение об их значимости и соотношении на сегодняшний день отсутствуют.

Среди многообразия теорий патогенеза посттравматического стрессового расстройства интерес представляет современный психосоциальный подход, согласно которому модель реагирования на психическую травму является многофакторной, поэтому необходимо учитывать роль различных факторов в развитии ответной реакции на стресс. Перспективными являются биопсихосоциальные теории.

Посттравматическое стрессовое расстройство (посттравматический стрессовый синдром) — это непсихотическая (не относящаяся к психозу) отставленная реакция на травматический стресс, которая возникает в результате психотравмирующих ситуаций, выходящих за пределы обычного человеческого опыта и угрожающих физической целостности субъекта или других людей (в МКБ 10 F 43.1).

Типичными признаками являются:

1. Повторные переживания психотравмы в виде навязчивых воспоминаний (реминисценций), кошмарных сновидений, фантазий и представлений.
2. В качестве фона повторных переживаний психотравмы наблюдаются чувство «оцепенелости» и эмоциональной притупленности, социальной отчужденности, сниженной реакцией на окружающее, ангедония.
3. Избегание ситуаций, напоминающих о психотравме.
4. Временами могут наблюдаться острые эпизоды страха, паники, агрессии, вызванные неожиданными воспоминаниями о психотравме или реакции на нее.

Посттравматическое стрессовое расстройство может протекать в течение нескольких лет. Все больший интерес проявляется к изучению состояний, вызванных хроническими психически травмирующими ситуациями. Некоторые авторы находят, что типичная форма посттравматического стрессового расстройства чрезвычайно редка при хроническом течении. По этой причине хроническое посттравматическое стрессовое расстройство часто не диагностируют, поскольку невылеченный острый посттравмирующий синдром развивается со временем и может проявляться совсем другими патологическими признаками, дающими возможность ставить различные диагнозы. Для прогноза посттравматического стрессового расстройства большое значение имеет своевременная диагностика.

РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ

Расстройства адаптации объединяются тем, что в их патогенезе существенную роль играет психогенный (стрессовый) фактор, т. е. воздействие психотравмирующей ситуации, различной степени выраженности и длительности. Они представляют собой состояния субъективного страдания и эмоционального расстройства, обычно препятствующие социальному функционированию и продуктивности и возникающие в период адаптации к значительному изменению в жизни или стрессовому жизненному событию (включая наличие или возможность серьезной физической болезни).

Более важную, чем при других расстройствах этой рубрики роль в риске возникновения и формирования проявления расстройств адаптации играет индивидуальная предрасположенность или уязвимость, но, тем не менее, считается, что состояние не возникало бы без стрессового фактора. Проявления различны и включают в себя депрессивное настроение, тревогу, беспокойство (или их смешение); чувство неспособности справиться, планировать или продолжать оставаться в настоящей ситуации; а также некоторую степень снижения продуктивности в ежедневных делах. Ни один из симптомов не является столь существенным или преобладающим, чтобы свидетельствовать о более специфическом диагнозе.

Начало обычно в течение месяца после стрессового события или изменения в жизни, а продолжительность симптоматики обычно не превышает 6 месяцев. При сохранении симптоматики диагноз следует изменить в соответствии с имеющейся клинической картиной.

Диагноз зависит от внимательной оценки соотношения между:

1. Формой, содержанием и тяжестью симптомов.
2. Анамнестическими данными и личностью.
3. Стрессовым событием, ситуацией и жизненным кризисом.

Наличие третьего фактора должно быть четко установлено и должны быть веские, хотя, возможно, и предположительные доказательства, что расстройство не появилось бы без него. Если стрессовый фактор относительно мал и если временная связь (менее 3 месяцев) не может быть установлена, то расстройство следует классифицировать в другой рубрике в соответствии с имеющимися признаками.

Практика показывает, что ситуации напряжения носят не острый краткосрочный, а длительный характер и затрагивают систему значимых отношений индивида. Таким образом, большое значение имеет сохранение способности пациента к проблемно-решающему поведению и адекватной оценке ситуации. Часто сам факт наличия высокого

уровня тревоги является психотравмирующим фактором, существенно влияющим на самооценку больного. При этом незрелые личности обладают ограниченными способностями к модификации поведения и овладению новыми навыками, им не достаёт умения классифицировать события в соответствии с прошлым опытом, они склонны к стереотипному реагированию по инфантильным паттернам. Патологические формы реагирования на симптомы: обескураженность, формирование защиты, требование внешней помощи встречаются гораздо чаще, чем рациональная адаптация.

Одной из основных жалоб при расстройстве адаптации является тревога, которая неожиданно «переполняет» пациента и сопровождается выраженными вегетативными реакциями, что становится особенно болезненным при неразвитом навыке ассимилировать эмоции и приспособляться к ним. Такие пациенты чаще склонны преобразовывать свою тревогу в активные действия и имеют ограниченные интроспективные способности, цепляясь за «рациональность», полностью игнорируют «логику эмоций», для них потеря привычного уровня работоспособности становится дополнительным психотравмирующим фактором. Поэтому они часто нуждаются в назначении медикаментозной терапии, которая бы снижая тревогу, позволяла бы сохранять интеллектуально-мнестическую деятельность на оптимальном уровне. Психотерапия с этим контингентом больных требует времени, поскольку ограниченные рефлексивные способности часто сочетаются в данном случае со страхом доверительных отношений, сама ситуация необходимости обратиться за помощью к другому человеку воспринимается как унижительная, что усиливает тревогу и затрудняет построение рабочих терапевтических отношений.

Такие симптомы как тревога и депрессия могут приводить к так называемым вторичным нарушениям, обусловленным реакциями личности на болезнь. Нередко возникают характерные «тревога по поводу тревоги» или «депрессия в связи с депрессией», при этом вторичные нарушения могут быть более стойкими и способствовать развитию невротической фиксации. Своевременное назначение адекватной медикаментозной терапии позволяет своевременно прервать этот «порочный круг». Весь тревожный симптомокомплекс, включающий в себя вегетативные нарушения, раздражительность, нарушения сна, снижение концентрации внимания и нарушения запоминания может ошибочно интерпретироваться пациентами и приводить к формированию фобических переживаний, прежде всего, кардио- и лиссофобии, требующих более длительной психотерапии.

Поскольку расстройства адаптации относятся к кругу нарушений невротического уровня, основным методом лечения при этих заболеваниях является психотерапия. При этом пациент «приносит с собой в психотерапевтический процесс» свое собственное сформировавшееся мировоззрение, где события ассимилируются в субъективную систему координат, в которой происходит непрерывное соединение текущих событий и ранее сформированных психологических структур. Сам по себе психотерапевтический процесс, требующий от пациента изменения поведения, развития недостающих навыков, отказа от привычных когнитивных схем, изменения отношения к ситуации вызывает страх дезинтеграции Я и усиление тревоги. На этом этапе отмечается рост сопротивления в психотерапии, одним из проявлений чего может быть аггравация побочных действий препаратов, поэтому целесообразно назначать препараты с минимальным побочным действием. В то же время высокий уровень тревоги приводит к нарушению восприятия новой информации и освоению нового опыта, что делает необходимым использование фармакотерапии.

Важным для овладения новыми моделями поведения становятся реальные ситуации успеха, который является позитивным подкреплением стимулирующим индивида продолжать начатую деятельность. Даже после достаточного количества тренировочных занятий по обучению новым навыкам в ситуации *in vivo* у индивида может возникать сильная тревога, блокирующая успешное поведение, здесь адекватная фармакологическая поддержка может предотвращать нежелательные явления и способствовать закреплению новых конструктивных паттернов.

Но, в связи с различными вновь появившимися факторами (изменение социальных условий, сокращение сроков лечения, ориентация на лекарственную терапию, необходимость отвечать на терапевтический заказ пациента), в последнее время в комплексной терапии расстройств адаптации все активнее используются психотропные препараты, представляющие различные фармакологические группы.

СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Соматоформные расстройства — группа психогенных заболеваний, характеризующихся физическими патологическими симптомами, напоминающими соматическое заболевание, но при обследовании пациента не обнаруживается никаких органических проявлений, которые можно было бы отнести к известной в медицине болезни, хотя

часто имеются неспецифические функциональные нарушения. Важно, что диагноз соматоформного расстройства может быть поставлен только в том случае, если, наряду с соматическими жалобами, имеет место социальная, профессиональная или семейная дезадаптация, и, если человек испытывает субъективные страдания.

Согласно диагностическим критериям МКБ-10, соматоформные расстройства определяются как повторяющееся в течение не менее чем 2 лет возникновение физических симптомов, наряду с постоянными требованиями медицинских обследований вопреки подтверждающимся отрицательным результатам и заверениям врачей об отсутствии физической основы для симптоматики. Если физические расстройства и присутствуют, то они не объясняют природу и выраженность симптоматики или дистресса и озабоченности больного. Возникновение и сохранение симптоматики тесно связано с неприятными жизненными событиями, трудностями или конфликтами, пациент обычно противится попыткам обсуждения возможности ее психологической обусловленности. Часто наблюдается некоторая степень истерического поведения, направленного на привлечение внимания, особенно у больных, которые негодуют в связи с невозможностью убедить врачей в преимущественно физической природе своего заболевания и в необходимости продолжения дальнейших осмотров и обследований.

Согласно МКБ-10, к соматоформным расстройствам отнесены следующие подгруппы:

- соматизированное расстройство – F 45.0;
- недифференцированное соматоформное расстройство – F 45.1;
- ипохондрическое расстройство – F 45.2;
- соматоформная вегетативная дисфункция – F 45.3;
- хроническое соматоформное болевое расстройство – F 45.4;
- другие соматоформные расстройства – F 45.8;
- соматоформное расстройство неуточненное – F 45.9.

Проблемы диагностики

Большие трудности представляет собой правильная и своевременная диагностика соматоформного расстройства. Такие пациенты проходят сложные диагностические процедуры, нередко врачи склоняются к оперативному лечению, здесь часты случаи зависимости от анальгезирующих средств. Нередко временное облегчение наступает от нетрадиционных методов терапии или в результате инвазивных вмешательств (хирургическое лечение). В пользу соматоформного расстройства свидетельствует и своеобразие реакций на диагностические вмешательства и симптоматическую терапию: парадоксальное облегчение от диагностических манипуляций; тенденция к смене

ведущего соматического синдрома (от обострения к обострению, а иногда и в рамках одной фазы); нестойкость полученного терапевтического эффекта; склонность к идиосинкразическим реакциям.

Установить психогенное происхождение расстройств мешает характерная для этой группы больных алекситимия — нарушения аффективной и когнитивной сфер, которые проявляются трудностью в осознании и описании эмоций, общим ограничением аффективной жизни и фантазии. Им тяжело подобрать слова для описания чувств, они редко плачут и почти не видят снов. Аффект обычно неадекватный. Доминирующим способом достижения цели являются действия, нередко импульсивные. Личностный склад нарциссический, избегающий, пассивно-агрессивный или пассивно-зависимый. Моторика ригидна. Межличностные отношения бедные, с выраженной зависимостью или одиночеством, слабыми связями с социальным или культуральным фоном. Зависимое отношение к определенному медицинскому учреждению, которое становится центром жизни пациента, получило название «Синдром альбатроса». Зависимое отношение к хирургам с многочисленными ненужными операциями — синдром Мюнхгаузена. Под действием стресса алекситимики проявляют склонность к абюзусам — пищевым, алкогольным, лекарственным; у них может развиваться массивная депрессия с суицидальными тенденциями и сексуальные перверсии.

Патогенез. Основные патогенетические механизмы соматоформных расстройств рассматриваются в рамках нейродинамической и психодинамической парадигмы.

Нейродинамическое направление, активно разрабатываемое представителями отечественных научных школ, изучает нейрофизиологическое обеспечение стойких патологических состояний и объясняет возникновение «функциональных» расстройств нарушенными кортиковисцеральными взаимоотношениями. В русле этой концепции ведущая роль отводится психогенно-эмоционально-стрессорным факторам. Эмоциональный стресс характеризуется состоянием выраженного эмоционального возбуждения, возникающим под влиянием психологического конфликта, затрагивающего значимые интересы личности. Эмоциональные реакции имеют два параллельных компонента: психологический (чувственный тип удовольствия или неудовольствия) и вегетативный, который выполняет биологически важную роль энергетического обеспечения целостного поведения. Патогенная по отношению к внутренним органам функция эмоционального стресса связана с тем, что его вегетативное выражение включает в себя как избыточную активацию эрго- или трофотропных структур гипоталамуса, так и длительное возбуждение гипофизарно-надпочечниковой системы.

Установлено также общее участие центральной нервной системы в регуляции гипофизарно-надпочечниковой системы. Не только область гипоталамического срединного возвышения, но и негипоталамические области мозга способны влиять на высвобождение адренкортикотропного гормона и кортизола, включаясь в регуляцию эмоционального ответа и двигательного поведения. Периферические гипоталамические эффекты реализуются, прежде всего, через симпатoadреналовую систему.

Психодинамическое направление является основным в русле патогенетических механизмов, описываемых психосоматической медициной. Различные психодинамические теории постулируют возможность возникновения соматического заболевания в результате патологического смещения и последующей трансформации психической энергии в «энергию иннервации», приводящую к функциональным, а затем и к органическим нарушениям деятельности внутренних органов. Теория З. Фрейда предусматривает возможность формирования «невроза органа» за счет смещения энергии вытесненных в бессознательное конфликтов в сферу функционально-анатомических образований («конверсия на орган»). Близкой является концепция символического языка органов А. Адлера, базирующаяся на допущении, что соответствующие системы органов могут специфически отражать психические процессы. F. Alexander в своей концепции специфичности отказывается от символической интерпретации органической висцеральной патологии. Развитие вегетативного невроза расценивается как следствие «бессознательных конфликтов», возникших из-за невротического развития ребенка. При этом эмоциональное напряжение, не получая разрядки вовне, приводит к персистирующим изменениям вегетативной нервной системы, формированию необратимых органических изменений органов.

Связь отдельных типов характера с определенными соматическими нарушениями и заболеваниями прослеживается еще со времен Гиппократа и Галена в описаниях разных типов темперамента: отмечается предрасположенность сангвиников к сердечно-сосудистым заболеваниям, холериков и флегматиков — к заболеваниям пищеварительной системы и т. д.

В последующем характерологически ориентированный подход к изучению механизмов формирования психосоматических расстройств наиболее полно реализуется в работах E. Kretschmer, W. Sheldon, F. Dunbar в 1916 году. Так, в рамках психологической теории конституции E. Kretschmer (1918) устанавливается связь между особенностями телосложения, психологическими характеристиками и

предрасположением к соматической патологии: лептосомная конституция связывается с туберкулезом легких и гастритом, пикническая — с хроническим ревматизмом, атеросклерозом, болезнями желчевыводящих путей, атлетическая — с эпилепсией и мигренями. W. Sheldon выделяет особый соматотонический тип конституции, характеризующийся атлетическим телосложением, толерантностью к физическим нагрузкам и склонностью к культуре собственного тела. В соответствии с воззрениями автора такой конституциональный склад определяет предрасположенность к определенным соматическим нарушениям, включая патологию сердечно-сосудистой системы. Ключевое место в интерпретации психосоматических заболеваний F. Dunbar, которая выделяет особые типы личностей по принципу специфической предрасположенности к тем или иным соматическим заболеваниям. В частности, в работах F. Dunbar выделяется тип личности (в последующей литературе обозначаемый как тип А), склонной к ангинозным жалобам и развитию инфаркта миокарда. Характерологические особенности в рамках данного типа представлены сдержанностью эмоциональных реакций, целенаправленной и продуктивной активностью, последовательностью в достижении поставленных задач, способностью отказаться от непосредственного удовлетворения своих потребностей ради достижения отдаленной цели. Развитие такого подхода приводит к разработке типологических схем с выделением «личностей риска».

ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА

Синдромальная формулировка диагноза невротического расстройства естественно не отменяет других концептуальных классификаций. Мы уже сталкивались с подобной ситуацией в прошлом, когда, например, клиническая картина невроза проявлялась фобическим синдромом, а внутриличностный конфликт соответствовал истерическому типу. Выход из этого положения представляется следующим. Формулировка диагноза должна соответствовать МКБ-10. Неправомочным является использование (при заключительной диагностике) терминов отсутствующих в классификации, например, «истерический невроз», «невроз навязчивых состояний», «депрессивный невроз» и т. д. При этом ими можно при желании оперировать в диагностических суждениях.

При описании в амбулаторной карте или истории болезни психогенеза невротического расстройства следует исходить из принятой в профессиональном сообществе классификации, например, внутри-

личностных конфликтов по В.Н. Мясищеву — Б.Д. Карвасарскому (истерический, неврастенический и обсессивно-психастенический типы). При этом недостаточно только указать тип конфликта, следует описать конкретное его содержание.

Формулировка диагноза невротического расстройства по МКБ-10 носит синдромальный характер, поэтому дополнительное указание на синдром представляется излишним. *Пример неправильно сформулированного диагноза — «агорафобия с фобическим синдромом». Правильная формулировка — «Агорафобия»(F 40.00), или «Паническое расстройство» (F 41.0); или Непсихотическое депрессивное расстройство в связи с сосудистым заболеванием головного мозга (F 06.361) в разделе «Органические расстройства».*

Перечисление синдромов допустимо в том случае, когда они являются дополнительными к основному проявлению невроза, например, «Генерализованное тревожное расстройство с соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы, преимущественно верхней части ЖКТ» или «Ипохондрическое расстройство с вторичной агорафобией». В обоих примерах необходимо указать оба шифра по МКБ-10 (F41.1, F45.31 и F45.2, F40.00).

Перечислить синдромы необходимо при использовании рубрик «Смешанные расстройства» или «Другие расстройства». Например, «Смешанные диссоциативные расстройства в виде двигательных расстройств, расстройств чувствительности и блефароспазма» (F44.7).

Этап развития невроза при необходимости следует указывать после основного диагноза. При использовании рубрик, где длительность расстройств входит в диагностическую категорию, этап развития невроза не указывается. Например, «Кратковременная депрессивная реакция» (F 43.20), «Пролонгированная депрессивная реакция» (F 43.21) или «Посттравматическое стрессовое расстройство» (F 43.1). При этом «Ипохондрическое расстройство, этап невротического развития личности» (F45.2). Рекомендуется указывать тип невротического развития личности в соответствии с существующими классификациями (Лакосина Н.Д., 1994; Войтенко Р.М., 2001).

При решении экспертных вопросов следует после основного диагноза по МКБ-10 указать отдельные параметры клинико-экспертного (функционального) диагноза — стойкость, выраженность, длительность при необходимости (см. выше). Например, «Смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации, со стойкими и выраженными проявлениями» (F 43.22). В последнем диагнозе длительность заболевания не указывается,

т. к. рубрика «Расстройства адаптации» (F 43.2..) не применяется к состояниям продолжительностью более 2 лет. Или *«Диссоциативная анестезия и утрата чувствительности. Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы сердца и сердечно-сосудистой системы, со стойкими и выраженными проявлениями, затяжное течение» (F44.6, F45.30)*. Эта формулировка приблизительно соответствует диагнозу «Истерический невроз с нарушениями чувствительности и вегетативными расстройствами» (300.11) по МКБ-9.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В пособии большое внимание уделено этиологическим и патогенетическим механизмам развития невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств, дана сравнительная характеристика отечественных и зарубежных подходов к классификации этой группы психических нарушений с критическими замечаниями в адрес последних. Представленная роль психотравмирующих ситуаций и их восприятия в качестве значимых стрессогенных переживаний в формировании пусковых дезадаптирующих механизмов, нарушающих нормальное функционирование организма, довольно четко отражает современное понимание пусковых механизмов для развития расстройств невротического регистра.

Анализ клинико-психопатологических проявлений невротических расстройств представлен с позиций крупнейшей отечественной Санкт-Петербургской школы психотерапии. В пособии отражены возможные варианты постановки диагноза, исходя из имеющихся у больных симптомов и синдромов.

Психотерапия, являясь основным методом лечения невротических расстройств, более успешна и краткосрочна, если в качестве симптоматического лечения используются психотропные препараты. Эти результаты могут быть внедрены в клиническую практику отделений неврозов и психосоматических отделений, позволят приблизить психоневрологическую помощь к населению, посредством привлечения к лечению больных неврозами врачей общей практики.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1. «В ОСНОВЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ЛЕЖАТ ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИНДИВИДА, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ОСОБУЮ УЯЗВИМОСТЬ ТЕХ ИЛИ ИНЫХ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ». ДАННОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ТЕОРИИ:

- 1) алекситимии;
- 2) личностных профилей;
- 3) ресоматизации;
- 4) соматизации;
- 5) двухфазного вытеснения.

2. СИМВОЛИЧЕСКОЕ ВЫРАЖЕНИЕ НЕВРОТИЧЕСКОГО КОНФЛИКТА (ПРИМЕР: ИСТЕРИЧЕСКИЕ ПАРАЛИЧИ, ПСИХОГЕННАЯ СЛЕПОТА ИЛИ ГЛУХОТА, РВОТА, БОЛЕВЫЕ ОЩУЩЕНИЯ) ЭТО:

- 1) функциональный психосоматический синдром;
- 2) конверсионный симптом;
- 3) органическое психосоматическое заболевание;
- 4) психосоматическое расстройство;
- 5) «органный невроз».

3. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПТСР НЕОБХОДИМА ДОКАЗАТЕЛЬНОСТЬ:

1) чрезвычайного события с острым тяжелым стрессом для данного больного;

2) расстройства проистекают из шокового состояния и плавно переходят в затяжное течение с проявлением синдрома ПРСР;

3) если плавного перехода не было, а ПТСР проявилось как отставленная реакция, то она принимается в расчет на протяжении не более 6 месяцев после дистресса и когда налицо повторяющиеся наплывы

навязчивых воспоминаний и овладевающих представлений в дневное время;

- 4) необходимы «1» и «2»;
- 5) необходимы все три критерия.

4. ДЛЯ АДЕКВАТНОЙ АДАПТАЦИИ НЕ ХАРАКТЕРНО:

- 1) полная оценка ситуации, прогнозирование её развития;
- 2) способность мобилизоваться, принять решение и осуществить его выполнение;
- 3) пассивно-защитное поведение;
- 4) способность осуществить поиск рациональных путей решения проблемы и выхода из сложившейся ситуации;
- 5) оценка своего состояния и своих возможностей.

5. С ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ, ЛЮБАЯ БОЛЕЗНЬ ДЛЯ ЗАБОЛЕВШЕГО ЧЕЛОВЕКА СОЗДАЕТ СИТУАЦИЮ:

- 1) стресса;
- 2) фрустрации;
- 3) жизненного кризиса;
- 4) ступора;
- 5) нет верного ответа.

6. ПСИХОГЕНЕЗ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ СЛЕДУЮЩИЕ МЕХАНИЗМЫ:

- 1) личностные свойства индивида;
- 2) отрицательные эмоции и душевное волнение;
- 3) артериальная гипертензия;
- 4) ишемическая болезнь сердца;
- 5) совладающее поведение.

7. ДЛЯ НЕВРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НАРУШЕНИЯ ДЫХАНИЯ ХАРАКТЕРНО:

- 1) приступы экспираторной одышки, сопровождающиеся сухими жужжащими хрипами, слышными на расстоянии;
- 2) одышка усиливается при незначительной физической нагрузке и сопровождается цианозом;
- 3) приступы одышки возникают в ночное время и сопровождаются влажными хрипами в нижне-задних отделах легких;

- 4) периодически возникает чувство нехватки воздуха, ощущение неполноценности воздуха; цианоз и хрипы отсутствуют;
- 5) нет верного ответа.

8. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА НЕВРОТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРЕДСТАВЛЕНА В ВИДЕ СЛЕДУЮЩИХ СИНДРОМОВ, КРОМЕ:

- 1) кардиалгического;
- 2) синдрома сосудистой дистонии;
- 3) нарушения сердечного ритма;
- 4) Вольфа — Паркинсона — Уайта;
- 5) нет верного ответа.

9. ДЛЯ НЕВРОТИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА НЕ ХАРАКТЕРНО:

- 1) психогенная природа;
- 2) функциональные соматические расстройства;
- 3) обратимость нарушений;
- 4) симптоматика психотического уровня;
- 5) верные ответы 1 и 2.

10. СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА — ЭТО:

1) собирательное название для группы функциональных психогенных обратимых расстройств, имеющих тенденцию к затяжному течению;

2) аффективное нарушение, наблюдающееся обычно у пациентов с психосоматическими, аддиктивными и посттравматическими расстройствами;

3) группа психогенных заболеваний, характеризующихся физическими патологическими симптомами, напоминающими соматическое заболевание;

4) состояние психического напряжения, возникающее у человека при деятельности в трудных условиях (как в повседневной жизни, так и в специфических обстоятельствах, например во время космического полёта);

5) это частичная или полная утрата человеком способности приспосабливаться к условиям социальной среды.

11. СРЕДИ СОМАТОФОРМНЫХ НАРУШЕНИЙ ВЫДЕЛЯЮТСЯ:

- 1) полисимптоматические нарушения;
- 2) дисимптоматические нарушения;
- 3) моносимптоматические нарушения;
- 4) верно 1 и 3;
- 5) несимптоматические нарушения.

12. К МОНОСИМПТОМАТИЧЕСКИМ СОМАТОФОРМНЫМ НАРУШЕНИЯМ ОТНОСИТСЯ:

- 1) хроническое соматоформное болевое расстройство;
- 2) соматизированное расстройство;
- 3) соматоформная вегетативная дисфункция;
- 4) недифференцированное соматоформное расстройство;
- 5) верно 1 и 3.

13. К ХАРАКТЕРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ СОМАТОФОРМНЫХ ВЕГЕТАТИВНЫХ ДИСФУНКЦИЙ ОТНОСЯТ:

- 1) наличие суточной динамики симптоматики;
- 2) сочетание жалоб специфического и неспецифического (общевегетативного) характера;
- 3) наличие эмоциональных нарушений;
- 4) похудание на 5% и более от исходной массы тела;
- 5) верные ответы 2 и 3.

14. К СОМАТОФОРМНЫМ ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВАМ ОТНОСЯТСЯ РАССТРОЙСТВА, КРОМЕ:

- 1) соматизированное расстройство;
- 2) органическое аффективное расстройство;
- 3) ипохондрическое расстройство;
- 4) генерализованное тревожное расстройство;
- 5) нет верного ответа.

15. БОЛЬНЫЕ С НЕВРОТИЧЕСКИМ СПАЗМОМ ПИЩЕВОДА:

- 1) легче глотают твердую пищу;
- 2) легче глотают жидкую пищу;
- 3) с трудом глотают как твердую, так и жидкую пищу;
- 4) не могут глотать пищу;
- 5) нет верного ответа.

16. В КАКОМ ВОЗРАСТЕ НАЧИНАЕТСЯ СОМАТИЗИРОВАННОЕ РАССТРОЙСТВО:

- 1) 18–25;
- 2) 20 лет;
- 3) 30;
- 4) 30–45;
- 5) 50.

17. НАЗОВИТЕ СОСТОЯНИЕ, НЕ ОТРАЖАЮЩЕЕ СТРУКТУРУ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ:

- 1) реакции экзогенного типа (соматогении);
- 2) психогенно-личностные реакции (нозогении);
- 3) соматопсихическая коморбидность;
- 4) невротическое развитие;
- 5) органные или системные соматические поражения психосоматического характера.

18. К НАРУШЕНИЯМ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ОТНОСЯТСЯ:

- 1) синдром газовой диареи;
- 2) психогенная аэрофагия;
- 3) синдром раздраженного кишечника;
- 4) психогенный метеоризм;
- 5) синдром д'Акоста.

19. КОНВЕРСИОННОЕ РАССТРОЙСТВО — ЭТО:

- 1) изменение или потеря соматической функции;
- 2) непрекращающейся озабоченности возможностью заболеть тем или иным заболеванием;
- 3) постоянная или периодически возникающая угнетающая боль, снижающая в значительной мере работоспособность человека;
- 4) группа состояний, при которых жалобы на здоровье не находят диагностического подтверждения у врачей общей практики;
- 5) неприятные, гнетущие ощущения внутри тела.

20. ВЕДУЩЕЙ ЖАЛОБОЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ СОМАТОФОРМНОМ БОЛЕВОМ РАССТРОЙСТВЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) монотонное, эмоционально невыразительное предъявление жалоб, подкрепляемое обширной медицинской документацией;

2) субъективные жалобы, касающихся определенного органа или системы в качестве причины расстройства;

3) эмоциональная неустойчивость, тревога, сниженное настроение;

4) постоянная, тяжелая и психически угнетающая боль в какой-либо области тела, которая длится более 6 месяцев и которую нельзя объяснить физиологическим процессом или соматическим расстройством;

5) множественные, повторно возникающие, часто видоизменяющиеся соматические симптомы, имеющие место в течение нескольких лет.

ОТВЕТЫ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

- 1 — 2;
- 2 — 2;
- 3 — 5;
- 4 — 3;
- 5 — 3;
- 6 — 1, 2, 3, 4;
- 7 — 4;
- 8 — 4;
- 9 — 4;
- 10 — 3;
- 11 — 4;
- 12 — 5;
- 13 — 5;
- 14 — 2;
- 15 — 1;
- 16 — 2;
- 17 — 4;
- 18 — 2;
- 19 — 1;
- 20 — 4.

ЛИТЕРАТУРА

Будза, В.Г. Неврозы позднего возраста / В.Г. Будза, Е.Ю. Антохин.— Оренбург: Изд-во ОрГМА, 2011.— 284 с.

Васильева, А.В. Затяжные формы невротических расстройств: биопсихосоциальная концепция этиопатогенеза и терапии: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А.В. Васильева.— СПб., 2012.— 49 с.

Вид, В.Д. Современная клиническая психиатрия / В.Д. Вид, Ю.В. Попов.— СПб.: Речь, 2006.— 402с.

Караваева, Т.А. Патоморфоз невротических расстройств, их психотерапия и ее правовое регулирование: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Т.А.Караваева. – СПб., 2011.— 56 с.

Карвасарский, Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия / Под общ. ред. Б.Д. Карвасарского: 3-е изд.— СПб.: Питер, 2006.— 946 с.

Карвасарский, Б.Д. Психотерапия: Учебник для вузов / Под общ. ред. Б.Д. Карвасарского: 3-е изд.— СПб.: Питер, 2008.— 672 с.

Карвасарский, Б.Д. Клиническая психология: Учебник для вузов / Под общ. ред. Б.Д. Карвасарского.— 4-е изд., перераб.— СПб.: Питер, 2010.— 864 с.

Колотильщикова, Е.А. Психологические механизмы невротических расстройств: дис. ... д-ра психол. наук / Е.А.Колотильщикова.— СПб., 2012.— 58 с.

Незнанов, Н.Г. Психология отношений В.Н. Мясищева и динамическая психиатрия Г. Амона: две школы — один путь в современной биопсихосоциальной медицине / Н.Г. Незнанов, А.В. Васильева // Российский психиатрический журнал.— 2006.— № 1.— С. 29–33.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
СУЩНОСТЬ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ КЛАССИФИКАЦИЙ И МКБ.....	6
КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	14
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО	20
РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ.....	23
СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА.....	25
ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА.....	29
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	32
ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ.....	33
ОТВЕТЫ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ.....	39
ЛИТЕРАТУРА	40

Для заметок

Для заметок

НЕВРОТИЧЕСКИЕ, СВЯЗАННЫЕ СО СТРЕССОМ И СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Учебное пособие

Подписано в печать 01.12.2015. Формат бумаги 60×84¹/₁₆.

Бумага офсетная. Гарнитура Minion Pro.

Печать офсетная. Уч.-изд. л. 2,44. Усл. печ. л. 2,56.

Тираж 100 экз. Заказ № .

Отпечатано в типографии СЗГМУ им. И.И.Мечникова .
191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41.