

**А. М. Спринц, О. Ф. Ерышев,
Е. П. Шатова, И. Н. Филиппова**

**ПСИХОТИЧЕСКИЕ
И НЕВРОТИЧЕСКИЕ
РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ
С СОМАТИЧЕСКОЙ
ПАТОЛОГИЕЙ**

Руководство для врачей

Санкт-Петербург
СпецЛит
2007

Авторы:

Спринц Анатолий Михайлович — доктор медицинских наук,
преподаватель высшей категории, психиатр

Ерышев Олег Федорович — доктор медицинских наук, профессор,
научный руководитель отделения неврозов и психотерапии
Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического
института им. В. М. Бехтерева

Шатова Елена Павловна — врач-невропатолог
и педагог-психолог

Филиппова Инна Николаевна — врач-психиатр

Рецензенты:

В. А. Абабков — доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный
сотрудник отделения неврозов и психотерапии Санкт-Петербургского
научно-исследовательского института им. В. М. Бехтерева

Е. В. Снедков — доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии
и наркологии Санкт-Петербургской государственной медицинской
академии им. И. И. Мечникова

Спринц А. М., Ерышев О. Ф., Шатова Е. П., Филиппова И. Н.

П86 Психогические и невротические расстройства у больных с
соматической патологией : руководство для врачей / А. М. Спринц,
О. Ф. Ерышев, Е. П. Шатова, И. Н. Филиппова. — СПб. : СпецЛит,
2007. — 253 с. : ил.

ISBN 978-5-299-00343-7

В предлагаемом руководстве представлены все варианты психических и невротических расстройств, с которыми может встретиться практикующий врач общесоматических лечебно-профилактических учреждений, а также методы фармакотерапии и психотерапии указанных расстройств. Применение психотропных средств приведено посиндромно и с учетом соматической патологии; для отдельных психотропных средств указаны меры предосторожности и противопоказания при отдельных соматических заболеваниях. Приведены рекомендации для общения с различными категориями пациентов и современные организационные основы помощи больным с сочетанной психиатрической и соматической патологией.

Предлагаемое руководство может быть полезным для врачей-психиатров, психоневрологов, клинических психологов и психотерапевтов.

УДК 616-009

ОГЛАВЛЕНИЕ

Условные сокращения	6
Предисловие	7
ГЛАВА 1. ПРИЧИНЫ И МЕХАНИЗМЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПСИХОТИЧЕСКИХ И НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ (А. М. Спринц, О. Ф. Ерышев, Е. П. Шатова)	9
1.1. Непосредственное воздействие соматической патологии («симптоматические психозы»)	9
1.2. Роль извращенной и преувеличенной реакции на болезнь	11
1.3. Понятие о соматоформных расстройствах, представления об их происхождении	14
1.4. Психосоматические состояния и их происхождение	17
1.5. Маскирование соматическими ощущениями эндогенных психических заболеваний	19
ГЛАВА 2. ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ВСЛЕДСТВИЕ СОМАТОГЕННЫХ ВЛИЯНИЙ (Симптоматические психозы) (А. М. Спринц)	22
2.1. Астенический синдром	22
2.2. Синдромы помрачения сознания	26
2.3. Аффективные расстройства	34
2.4. Галлюцинаторно-параноидные расстройства и галлюцинозы	36
2.5. Неблагоприятные исходы соматогенных психозов	37
ГЛАВА 3. НЕВРОТИЧЕСКИЕ И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, РАЗВИВАЮЩИЕСЯ ВСЛЕДСТВИЕ ИСКАЖЕННОЙ И ПРЕУВЕЛИЧЕННОЙ РЕАКЦИИ НА БОЛЕЗНЬ (Нозогении) (А. М. Спринц)	40
3.1. Невротические реакции и невротические состояния	40
3.2. Тревожно-фобические расстройства	42
3.3. Ипохондрический синдром (в рамках нозогений)	44
3.4. Депрессивный синдром	46
3.5. Истероформные проявления	47
3.6. Паранойальный синдром	49
ГЛАВА 4. СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА (А. М. Спринц)	52
4.1. Соматизированные расстройства	53
4.2. Хроническое соматоформное болевое расстройство	54
4.3. Соматоформные вегетативные дисфункции	55
4.4. Ипохондрическое расстройство	57
ГЛАВА 5. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА (Е. П. Шатова)	60
5.1. Патогенез психосоматических расстройств	60
5.2. Классификация психосоматических расстройств	72
5.3. Диагностические методы при психосоматических расстройствах	77

ГЛАВА 6. СОМАТИЗИРОВАННЫЕ РАССТРОЙСТВА, МАСКИРУЮЩИЕ ЭНДОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (О. Ф. Ерышев)	85
6.1. Соматизированные, или маскированные, депрессии	86
6.2. Соматизированные расстройства, маскирующие шизофренический процесс	95
6.3. Соматические и вегетативные феномены при эпилепсии	98
6.4. Соматовегетативные проявления, маскирующие алкогольную зависимость	99
6.5. Дифференциальная диагностика	101
ГЛАВА 7. ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ В ОТДЕЛЬНЫХ СФЕРАХ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКИ (А. М. Спринц, И. Н. Филиппова)	106
7.1. Неврология	106
7.2. Кардиология	114
7.3. Ревматология	117
7.4. Пульмонология	119
7.5. Гастроэнтерология	120
7.6. Нефрология	124
7.7. Гематология. Лучевая болезнь	125
7.8. Фтизиатрия	126
7.9. Эндокринология	128
7.10. Инфекционные болезни	135
7.11. Кожные и венерические болезни. СПИД	140
7.12. Хирургические болезни	141
7.13. Акушерство и женские болезни	143
7.14. Педиатрическая клиника	144
7.15. Онкология	149
7.16. Профпатология	151
7.17. Токсикология, в том числе лекарственная	157
ГЛАВА 8. ПСИХОТРОПНЫЕ СРЕДСТВА, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В СОМАТИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ. ПЕРЕНОСИМОСТЬ И СОВМЕСТИМОСТЬ С ДРУГИМИ ЛЕКАРСТВАМИ (О. Ф. Ерышев)	163
8.1. Нейролептики	164
8.2. Антидепрессанты	168
8.3. Транквилизаторы	177
8.4. Ноотропы	179
8.5. Нормотимики	180
ГЛАВА 9. ТЕРАПИЯ ПРИ ОТДЕЛЬНЫХ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМАХ (О. Ф. Ерышев)	188
9.1. Астения	188
9.2. Депрессии	189
9.3. Другие аффективные расстройства	193
9.4. Бредовые и галлюцинаторно-бредовые расстройства	193
9.5. Синдромы нарушенного сознания	194
9.6. Состояния возбуждения	195
9.7. Корсаковский синдром	196
9.8. Соматоформные расстройства	196
9.9. Коррекция расстройств при органических деменциях	197
9.10. Алгоритмы оказания неотложной помощи при острых психотических состояниях с соматическими нарушениями	198

ГЛАВА 10. ПСИХОТЕРАПИЯ (Е. П. Шатова)	199
10.1. Понятие и направления психотерапии	200
10.2. Общие принципы, показания и противопоказания психотерапии. Оценка эффективности	204
10.3. Рациональная психотерапия	206
10.4. Краткосрочная позитивная психотерапия	210
10.5. Семейная психотерапия	212
10.6. Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия	216
10.7. Трансактный анализ	218
10.8. Гипносуггестивная терапия	222
10.9. Нервно-мышечная релаксация	225
10.10. Аутогенная тренировка	227
10.11. Метод биологической обратной связи	228
10.12. Психогимнастика	230
10.13. Визуализация	231
10.14. Телесная психотерапия	234
ГЛАВА 11. ВОПРОСЫ ОБЩЕНИЯ С ПАЦИЕНТАМИ И ИХ БЛИЗКИМИ (А. М. Спринц)	237
11.1. Ятрогении и соррогении	243
ГЛАВА 12. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ СОМАТИЧЕСКИХ И ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ (О. Ф. Ерышев)	245
<i>Терминологический словарь</i>	247
<i>Литература</i>	250

УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

АТ	— аутогенная тренировка
БОС	— биологическая обратная связь
ВОЗ	— Всемирная организация здравоохранения
ВСД	— вегетативно-сосудистая дистония
ГАМК	— гамма-аминомасляная кислота
ГБ	— гипертоническая болезнь
ЖКТ	— желудочно-кишечный тракт
ЗЧМТ	— закрытая черепно-мозговая травма
ИБС	— ишемическая болезнь сердца
ИВЛ	— искусственная вентиляция легких
ИМ	— инфаркт миокарда
КГР	— кожно-гальваническая реакция
ЛПУ	— лечебно-профилактическое учреждение
МКБ-10	— Международная классификация болезней (10-й пересмотр)
МАО	— моноаминоксидаза
МРТ	— магнитно-резонансная томография
НЦД	— нейроциркуляторная дистония
ЦНС	— центральная нервная система
ПДФ	— продукты деградации фибриногена
ПОС	— психоорганический синдром
СВД	— соматоформные вегетативные дисфункции
СИОЗС	— селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
СФР	— соматоформные расстройства
ТА	— тип акцентуаций
ТО	— тип отношений
ТЭС	— тетраэтилсвинец
ЦИК	— циркулирующие иммунные комплексы
ЦНС	— центральная нервная система
T ₃ , T ₄	— фрагменты гормонов щитовидной железы
ЧМТ	— черепно-мозговая травма
ЧСС	— частота сердечных сокращений
ЭМГ	— электромиография
ЭЭГ	— электроэнцефалография
СО	— угарный газ, окись углерода

ПРЕДИСЛОВИЕ

Описания душевных расстройств при соматических заболеваниях — одни из первых в истории психиатрии — относятся еще к эпохе Древнего мира (Гиппократ, Цельс, Гален, Аретей). С момента формирования психиатрии как науки, крупнейшие представители соматической медицины и психиатры стали проявлять интерес друг к другу. Детально описали душевные расстройства при соматических заболеваниях В. Гринингер, Э. Крепелин и др. Немецкий психиатр К. Бонгоффер, наблюдая такие расстройства в соматической клинике, выдвинул и доказал свою концепцию «экзогенного типа реакции». По его заключению, мозг реагирует на разнообразные вредоносные внешние (экзогенные) факторы лишь ограниченным числом психопатологических синдромов. Крупнейшие представители соматической медицины, особенно отечественные терапевты, также живо интересовались ролью психических, позже стрессовых воздействий в происхождении и течении внутренних болезней (С. П. Боткин, Ф. Г. Ланг [и др.]).

Психическим расстройствам, могущим возникать в соматической клинике, посвящено несколько монографий, вышедших в последние пять лет. Однако, признавая их высокую ценность, отметим, что все они предназначены для специалистов-психиатров, а не для врачей общесоматических лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), призванных вести больных совместно с психоневрологами или психиатрами. В данных монографиях превалирует психиатрическая терминология и приводятся необщепринятые названия патологических состояний.

Потребность в создании руководства для практических врачей, работающих в общесоматических ЛПУ, где учитывались бы все возможные точки соприкосновения их с психиатрами и психоневрологами, созрела давно. При этом речь идет большей частью не только о консультировании, а о совместной работе или совместном ведении больного. Врачи общесоматических ЛПУ должны четко знать условия, состояние пациентов, при которых вызов психиатра или психоневролога желателен или совершенно необходим, а отсюда — знать клинику, течение, исходы психотических и пограничных* расстройств, могущих развиваться при соматических болезнях. Более

* Пограничные расстройства — состояния невротического уровня: раздражительность, утомляемость, бессонница, фобии, истерические расстройства и др.

того, они должны уметь заподозрить состояния, при которых соматические жалобы имеют преимущественно или исключительно нервное происхождение (так называемые — «соматоформные расстройства») или когда они скрывают зреющие «эндогенные» психические расстройства («маскированные депрессии», шизофрению и др.).

По данным разных авторов, от 30 до 50 % лиц в общесоматических ЛПУ страдают не соматическими, а пограничными психоневрологическими расстройствами, а по Л. П. Рубиной * — до 70 % пациентов обычных стационаров нуждаются в помощи психиатра или психотерапевта.

В условиях общесоматических ЛПУ могут возникать и неотложные психотические состояния вследствие основной патологии. Это делирии и другие синдромы помрачения сознания. Кроме того, врачи общесоматических ЛПУ должны четко понимать, что затянувшиеся психические нарушения, обязанные своим происхождением соматической болезни, при недостаточно квалифицированном подходе чреваты образованием малообратимых состояний с органическими симптомами.

Поэтому задачей авторов руководства и было рассмотреть все точки соприкосновения врачей общесоматических ЛПУ с психиатрами и психоневрологами, в том числе привести данные о так называемой «внутренней картине соматической болезни», поскольку неадекватная интерпретация собственной болезни или чрезмерное эмоциональное реагирование на нее может также приводить к стойким психическим нарушениям.

Это касается и психосоматических заболеваний. Пусть в развернутой их фазе запускающие стрессовые механизмы почти или уже отзвучали, зато на ранних этапах, обычно в амбулаторных условиях, помощь психоневролога, медицинского психолога, психотерапевта может, по крайней мере частично, предупредить их развитие.

В руководстве последовательно рассмотрены все варианты психических и пограничных расстройств, которые могут наблюдаться в общесоматических ЛПУ: вначале причины, затем их клиника и течение и, наконец, лечебные мероприятия (психотерапия и лекарственная терапия). При этом уделено особое внимание адекватному выбору психотропных средств: их переносимости соматическими больными, их совместимости со средствами лечения основной болезни.

Отдельная глава посвящена психическим и пограничным нарушениям при разных типах патологии (терапевтической, хирургической, педиатрической и др.).

* Главный психиатр Санкт-Петербурга: цит. по А. В. Курпатову и Г. Г. Аверьянову (2001).

Глава 1

ПРИЧИНЫ И МЕХАНИЗМЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПСИХОТИЧЕСКИХ И НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Этиопатогенез психотических и невротических расстройств, с которыми может встретиться врач непсихиатрических лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), может быть совершенно различен, варьировать в широком диапазоне. В то же время лишь в очень небольшом количестве случаев за их возникновение ответственен только один этиологический фактор, чаще несколько. Выше-сказанное прослеживается постоянно, поэтому попытаемся отразить это в каждом разделе настоящей главы.

1.1. Непосредственное воздействие соматической патологии («симптоматические психозы»)

Термин «симптоматические психозы» и то, что под этим подразумевается, не включен, к сожалению, как самостоятельная единица в Международную классификацию болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Разнообразные проявления психозов, возникающих как прямое следствие заболеваний внутренних органов, инфекций, интоксикаций, воздействия других вредностей, расплывены по различным, часто мелким диагностическим рубрикам, хотя эти проявления отличаются высоким динамизмом и легко переходят одно в другое (например, делирий в астению или же в психоорганический синдром). Однако термин «симптоматические психозы» принят в учебно-справочных руководствах по психиатрии, тем самым сохраняя историческую преемственность. Термин «симптоматические психозы» Клауса Конрада (Conrad K., 1967) пришел на смену «соматически обусловленным психозам» Курта Шнайдера (Schneider K., 1959) и «экзогенному типу реакции» Карла Бонгоффера (Bonhoeffer K., 1912). Таким образом термин «симптоматические психозы» сохраняем как комплексное обозначение всех типов психических и невротических нарушений, обусловленных непосредственно соматической патологией.

Симптоматические психозы знакомы каждому опытному врачу непсихиатрического учреждения. Кардиологу или пульмонологу излишне доказывать, что гипоксемия и тканевая аноксия могут серьез-

но расстроить психическую деятельность, и то же самое совершенно очевидно для гастроэнтеролога или нефролога, когда мозг подвергается атаке токсических продуктов, которые не в состоянии обезвредить пораженная печень или выделить пораженные чем-то почки. Терапевту понятно и возникновение невротических реакций при хроническом болевом синдроме, например при язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки. Точно также опытный эндокринолог знает, что как недостаток, так и избыток большинства гормонов желез внутренней секреции ведет, если не к психотическим, то к невротическим состояниям. Естественно возникновение психических расстройств при грубой органической неврологической патологии (опухоль мозга, рассеянный склероз и др.). Наконец, возможность возникновения психических расстройств всегда настораживает инфекциониста, токсиколога, профпатолога.

В то же время, причинно-следственные отношения «экзогенная вредность / психотическое (пограничное) состояние» не должны пониматься как линейная однозначная, обязательная, связь.

Во-первых, при одинаковом патогенном воздействии, будь то инфекции, боли, гормональный дисбаланс, психические или пограничные расстройства, возникают далеко не у всех пациентов, и причина этому, прежде всего, — состояние иммунных механизмов. Существенную роль играют и другие особенности макроорганизма, например физическое истощение или алкоголизм в анамнезе.

Во-вторых, в огромном количестве случаев психические и пограничные состояния экзогенного происхождения «орнаментируются» личностной реакцией: интеллектуальной переработкой факта болезни или неадекватным, чрезмерным эмоциональным реагированием. Чем медленнее темп действия экзогенной вредности, чем слабее действие патогенного фактора, тем больше остается «простора» для личностной переработки. Вот почему, например, в делириозном состоянии (наиболее часто встречающемся синдроме помрачения сознания) симптомы, обязанные своим происхождением личностной реакции, почти не видны, а когда делирий сменяется менее грубым психическим расстройством — астенией, у части больных возникают дополнительные напластования — фобии, легкие депрессии и др. При тяжелых врожденных пороках сердца «синего типа» личностные вкрапления в клинической картине болезни практически не наблюдаются, в то время как при менее тяжелых пороках «белого типа» у подростков развивается ипохондричность — они следят за «телом», фиксируют самые мельчайшие телесные изменения.

Тем не менее при «симптоматических психозах» удельный вес соматогенных влияний значительно превалирует над личностной реакцией.

При разной соматической патологии риск возникновения психических или пограничных расстройств не одинаков. Так, они редки при сахарном диабете и почти обязательны при болезни Иценко—Кушинга. При общих инфекциях грубые психические расстройства наблюдаются в 1,2 % случаев, однако цифра эта, в зависимости от ряда социальных и медицинских факторов, может колебаться как в сторону уменьшения, так и в сторону увеличения.

1.2. Роль извращенной и преувеличенной реакции на болезнь

Медицинская психология различает «аллопластическую» и «аутопластическую» картины болезней (Лурия А. Р., 1941). При этом под «аллопластической картиной» подразумеваются объективные признаки болезни: симптоматика, динамика, прогноз, эффективность терапии и пр. «Аутопластическая картина», именуемая еще «внутренней картиной болезни», — это образ болезни в представлении пациента, создающийся в результате интеллектуальной, идеаторной обработки ситуации, а также степени и качества эмоционального реагирования. Обе эти картины, естественно, взаимосвязаны. Образ болезни в глазах пациента само собой определяется качеством болезни, темпом ее развития, степенью страдания, возможным исходом, быстрой или медленной эффективностью лечения. Но с другой стороны, чрезмерное неадекватное эмоциональное реагирование может усугубить течение болезни, проявления ее «аллопластической картины». Легко, например, представить, как скажутся на картине гипертонической болезни или ишемической болезни сердца (ИБС) бурные эмоциональные разряды пациента.

Однако, кроме усугубления объективно наблюдаемых симптомов, личностная реакция может привносить в картину болезни новые элементы. Приведем примеры (подробно см. в гл. 3).

1. Пациент, перенесший приступ стенокардии, постоянно опасается его повторения (феномен кардиофобии). Это не безобидное проявление: человек, преследуемый кардиофобией, может сознательно ограничить работоспособность, сузить интересы, даже перестать выходить из дома; к кардиофобии могут присоединиться новые страхи.

2. У пациента, удрученного возможным неблагоприятным исходом болезни (то ли объективно имеющим место, то ли существующим лишь в воображении больного), может развиться серьезная депрессия с суицидными мыслями и намерениями.

3. Пациент при длительной и даже нетяжелой болезни может стать резко ипохондричным: «погрузиться в самонаблюдение» (Ясперс К.,

1997). Он ходит к нескольким врачам сразу, закупает арсенал ненужных лекарств, подозревает у себя иную, более тяжелую болезнь, чем у него диагностируют, в конце концов его интересы ограничиваются болезнью и только.

Приведенных примеров достаточно, чтобы продемонстрировать немалую роль аутопластических факторов в болезни и подчеркнуть необходимость привлечения психоневролога, психотерапевта или медицинского психолога к ведению лечебного процесса.

Симптомы, появляющиеся вследствие личностной переработки болезни, многие объединяют под названием «нозогений» (Курпатов А. В., Аверьянов Г. Г., 2001). Следует подчеркнуть, что в этом разделе, в отличие от последующего («Понятие о соматоформных расстройствах»), будут рассматриваться **психологически понятные причинно-следственные отношения**, такие как возникновение кардиофобий после перенесенного инфаркта миокарда, канцерофобий при тяжелом течении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки; депрессий у женщин из-за катастрофического изменения внешности.

Нозогении, как уже упоминалось, могут возникать при неблагоприятном течении соматической патологии, однако далеко не всегда, если определяющими в их возникновении являются личностные свойства пациента. В ряде случаев объективное течение болезни может быть свободным от личностных влияний. Возникновению нозогений может способствовать неудовлетворительная психотерапевтическая среда учреждения (небрежность медперсонала, роящиеся вокруг пациента неоднозначные суждения о его болезни, неквалифицированные советы соседей по палате и пр.). Играть роль и возможные выгоды, приносимые болезнью (на этом феномене остановимся позже). Выраженность и сам риск возникновения нозогений определяется возрастом (у детей они редки, у пожилых часты), интеллектом и уровнем медицинской культуры пациента, широтой его интересов, глубиной переживания, ответственности за близких ему людей (тогда состояние может быть хронически тревожным). Глубокая и искренняя религиозность может препятствовать возникновению некоторых типов нозогений.

Однако главный определяющий фактор возникновения или невозникновения нозогений — особенности личности пациента, и отсюда тип его реагирования на болезнь.

Классификация «типов отношений» (по сути дела, «внутренней картины болезни») скрупулезно разработана в Санкт-Петербургском психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева, в основном в работах А. Е. Личко (1983). В классификации выделено 14 типов отношений (табл. 1.1).

Типы отношений и их краткая характеристика

Тип отношений	Краткая характеристика
Гармонический	Адекватные образ болезни в глазах пациента и эмоциональное реагирование
Эргопатический	Игнорирование болезни в силу других, более значимых интересов
Анозогнозический	Отрицание болезни в силу непонимания или боязни признаться в ней
Эйфорический	Легкомысленное отношение к болезни, игнорирование лечебно-диагностического процесса
Дисфорический *	Состояние постоянного недовольства всем, постоянная озлобленность
Паранойальный	Приписывание возникновения болезни, неясности диагностики, малоэффективности терапии — чьей-то «злой воле».
Тревожный	Постоянное тревожное ожидание ухудшения, неадекватные опасения, «ловля слухов», частые обращения к врачам
Обсессивно-фобический	Неуверенность в собственных поступках в прошлом и в будущем, маловероятные опасения, постоянные их «пережевывания»
Сенситивный	Озабоченность отношением к себе семьи и общества после выписки, боязнь отвержения
Неврастенический	Постоянная раздраженность, чрезмерное реагирование на мелочи, быстрая усталость
Меланхолический	Трудно корригируемая уверенность в неблагоприятном исходе болезни, пониженное настроение
Апатический	Безразличие, безынициативность, обычно также вследствие чувства обреченности
Ипохондрический **	Постоянное прислушивание к своим телесным ощущениям; уверенность, что болезнь более тяжелая, чем диагностируют, недоверие к медработникам
Эгоцентрический **	Подчеркивание для окружающих особой тяжести и исключительности своей болезни, требование особого отношения

* Выделен В. Т. Волковым [и др.] (1995).

** Такие типы реагирования могут выражаться в нозофилии: сознательном приписывании себе более серьезных, чем на самом деле, заболеваний, рассказах о них, посещениях многих врачей сразу, покупках «арсеналов» лекарств и т. п.

Взаимосвязь между типами акцентуаций и типами отношений

Тип акцентуаций	Тип отношений
Гипертимический (повышенный фон настроения и активности)	Эргопатический, эйфорический
Дистимический (пониженный постоянно фон настроения)	Меланхолический, апатический
Аффективно-лабильный, астено-невротический	Неврастенический
Тревожный (боязливый)	Тревожный, сенситивный, ипохондрический
Обсессивно-фобический	Обсессивно-фобический
Застревающий (склонный к образованию <i>idea fix</i>)	Паранойяльный, ипохондрический
Демонстративный, истероидный	Эгоцентрический

Тип отношений определяется во многом особенностями личности. Иногда даже названия типов акцентуаций (особо выраженных черт характера и личности — по К. Леонгарду и А. Е. Личко) совпадают с типами отношений или же одинаковым оказывается смысловое содержание. Такая взаимосвязь прослеживается в табл. 1.2.

Риск возникновения нозогений проявляется при меланхолическом, тревожном, обсессивно-фобическом, неврастеническом, сенситивном, ипохондрическом, паранойяльном и эгоцентрическом типе отношений (см. гл. 2).

В заключение приведем высказывание Курциуса Зибекка: «От диагноза внутренних болезней мы переходим к диагнозу личности — т. е. к всесторонней оценке личностных особенностей больных и их жизненной ситуации. В этом и есть всеобъемлющая и конечная цель медицинской диагностики» (цит. по К. Ясперсу, 1997).

1.3. Понятие о соматоформных расстройствах, представления об их происхождении

Соматоформные расстройства представлены в Международной классификации болезней 10-го пересмотра весьма широко. Иногда в них включают нозогении, что неправомерно; последние характери-

зуются большей простотой и ясностью происхождения. Соматоформные расстройства — группа, весьма обширная, расплывчатая, представленная в основном в феноменологическом аспекте. Причины и механизмы их происхождения указываются нечетко. Вместе с тем основной признак соматоформных расстройств для врачей общесоматических ЛПУ ясен и пациенты узнаваемы.

Это повторяющееся возникновение «физических» симптомов и настойчивые в связи с этим требования медицинского обследования; последние при этом дают отрицательный результат. Если физические расстройства все же присутствуют, они не объясняют выраженности соматической симптоматики и степени озабоченности больного (МКБ-10).

Весьма важно, что, если (не всегда!) удастся выявить связь физических симптомов с жизненными проблемами или внутриличностными конфликтами, больной противится объяснению симптоматики психологическими причинами, разочаровывается и испытывает переживание неудачи (фрустрацию)*. Этим соматоформные расстройства отличаются от нозогений.

Соматоформные расстройства весьма подробно изучались отечественными исследователями и широко представлены в отечественной и зарубежной литературе. Четкие величины и проценты указать затруднительно, так как в разных исследованиях контингент больных неодинаков. Кроме того, отличались и задачи исследований: то ли привести данные о проценте «непрофильных» для врачей общесоматических ЛПУ больных, то ли указать число больных, нуждающихся в консультации психиатра или психоневролога. Иногда изучалась эпидемиология какого-либо одного из видов соматоформных расстройств. В работах, наиболее прицельно направленных на исследование эпидемиологии всех соматоформных расстройств, приводятся цифры 20–25 % (Попов Ю. В., Вид В. Д., 2000). Это частота соматоформных расстройств в общесоматической практике.

Из определения понятия соматоформные расстройства следуют и их распознающие признаки: несоответствие объективных данных и субъективных ощущений; невозможность уложить симптомы физического недомогания в определенную соматическую патологию; несоответствие поведения пациента с соматоформными расстройствами поведению истинно соматического больного с объективными признаками заболевания; эффективность психотропной, а не «соматотропной» терапии.

* Иногда переживание фрустрации наступает и у лечащего врача.

Учебное издание

СПРИНЦ Анатолий Михайлович
ЕРЫШЕВ Олег Федорович
ШАТОВА Елена Павловна
ФИЛИППОВА Инна Николаевна

**ПСИХОТИЧЕСКИЕ И НЕВРОТИЧЕСКИЕ
РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ
С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

Руководство для врачей

Редактор *О. Ю. Гуриева*
Корректор *Е. Г. Белоус*

Верстка и техническое редактирование *И. Ю. Илюхиной*

Подписано в печать 15.08.2007. Формат 60 × 88¹/₁₆.
Усл. печ. л. 16. Тираж 3000 экз. Заказ №

ООО «Издательство „СпецЛит“»
190005, Санкт-Петербург, Измайловский пр., 29
Тел./факс: (812) 251-66-54, 251-16-94,
<http://www.speclit.spb.ru>

Отпечатано с диапозитивов ООО «Издательство „СпецЛит“»
в типографии «Северо-Западный Печатный Двор»
188300, г. Гатчина, ул. Железнодорожная, д. 45Б

ISBN 978-5-299-00343-7



9 785299 003437