

Психосоматическая помощь в неврологии

Т.Г. Маховская

ФГБУ «Поликлиника №1» УД Президента РФ

Представлены собственные данные интегрированного лечения психосоматических расстройств с учетом предиктора терапевтического эффекта психофармакологических препаратов для направленной психонейрофармакологической коррекции в сочетании с психотерапией, физическими и курортными факторами, что способствует редукции дезадаптирующих психопатологических синдромов.

Ключевые слова: психосоматическая помощь, психотропные препараты, психотерапия.

The author presents her own findings on an integrated treatment of psychosomatic disorders with consideration of therapeutic effect predictors for psychopharmacological preparations which are prescribed for psychoneuropharmacological correction in combination with psychotherapy, physical and sanatorium factors. Such an approach promotes the reduction of desadaptive psychopathological syndromes.

Key words: psychosomatic help, psychotropic preparations, psychotherapy.

Термин «психосоматический» (psychosomatic) используется по отношению к заболеваниям, причиной развития которых являются как психические, так и физические факторы. Термин «психосоматика» предложил J. Heinroth в 1818 г., который объяснял многие соматические болезни как психогенные, в частности, применительно к неврологии причины эпилепсии рассматривались как результат переживания чувства злости и стыда. Во врачебную практику термин «психосоматика» был введен F. Deutsch в 1922 г.

Одним из основателей психосоматической медицины был Франц Александер (1891–1964), который термин «психосоматический» методически употреблял в исследовании и терапии, с одновременным скоординированным использованием соматических (физиологических, анатомических, фармакологических, хирургических) методов и концепций, с одной стороны, и психологических методов и концепций – с другой. Акцент делался на условия «скоординированного использования», указывающего на то, что два этих метода применяются в концептуальном поле причинных последовательностей [1]. В возникновении заболеваний учитываются следующие факторы: характер ухода за ребенком, случайные эмоциональные травматические переживания в младенчестве и детстве, эмоциональный климат семьи и личностные особенности родителей, братьев и сестер, более поздние эмоциональные переживания в личных и производственных отношениях [1]. В психосоматической медицине доминировали различные концепции. Ранние психоаналитические концепции (Freud S., 1895; Alexander F., 1951) телесные расстройства объясняли подавленными интрапсихическими конфликтами. Согласно характерологически-ориентированным концепциям, (Friedman M., Rosenman R., 1960) психосоматические заболевания возникают через характерологические особенности. В комплексных психоаналитических концепциях учитывается патогенетическая сложность психосоматических заболеваний и разделяются психологические и соматические факторы [10]. Современные тенденции в исследовании психического здоровья характеризуются представлением о психическом здоровье как совокуп-

ности психического, социального, психологического благополучия и равновесия индивидуума с окружающей средой [9].

Психика современного человека испытывает мощные негативные воздействия predisponирующих конституционально-генетических факторов (психопатологическая отягощенность наследственности, психодезадаптационные эпизоды в детстве), преципитирующих факторов (взаимоотношения в собственной семье). Преобладающие формы реагирования в стрессовых ситуациях, наличие тревожности как черты характера, сфера возникновения и характер психотравмирующей ситуации, коморбидная соматическая патология, микросоциальные факторы (семейное положение, жилищные условия, экзогенные влияния, вредные привычки, болезни родственников) и др. требуют специальных профилактических мер для укрепления психического здоровья, своевременной диагностики и адекватной коррекции [5].

Психосоматические расстройства – группа болезненных состояний, проявляющихся экзacerbацией соматической патологии, формированием общих, возникающих при взаимодействии соматических и психических факторов симптомокомплексов соматизированных психических нарушений, психических расстройств, отражающих реакцию на соматическое заболевание. В современной медицине раздел психосоматики представляют клинические, психологические, эпидемиологические и лабораторные исследования. Освещается роль стресса в этиологии, патогенезе соматических заболеваний, связь патохарактерологических и поведенческих особенностей, чувствительность или устойчивость к определенным соматическим заболеваниям, зависимость реакции на болезнь (поведения в болезни), влияние некоторых методов лечения (хирургические вмешательства, гемодиализ и др.) на психическое состояние [3, 10].

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра структурно психосоматические расстройства классифицируются в V классе: «Психические расстройства и расстройства поведения», в разделах: «Органические, включая симптоматические, психические расстройства» (рубрики F04–F07), соответствующие ре-

акциям экзогенного типа; «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (рубрики F44.4-F44.7), соответствующие психогениям и F45 — «Соматоформные расстройства»; «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами» (F50-F53) [7].

Для диагностики психосоматических расстройств имеет значение отношение пациента к своей болезни, к окружающим, к самому себе. Различают различные типы отношения пациента к болезни. Тревно-депрессивный тип — страх, тревога, сомнения, поиск авторитетных мнений. Меланхолический — неверие в выздоровление, вплоть до суицидных мыслей, отсутствие интереса к необходимым для диагностики методам исследования. Обсессивно-фобический — воображаемые маловероятные опасения. Ипохондрический — сосредоточенность на субъективных переживаниях. Неврастенический — вспышки раздражения при болях. Эйфорический — легкомысленное отношение к болезни. Паранойальный — болезнь это результат злого умысла, халатности врачей [4].

Ю.Ю. Елисеев варианты отношения пациента к своей болезни определяет особенностями личности больного: астенодепрессивная, психастеническая, ипохондрическая, истерическая, эйфорически-анозогнозическая [3].

Астенодепрессивный вариант: эмоциональная неустойчивость, малая выносливость по отношению к раздражителям, ослабление побуждений к деятельности, ощущение разбитости и подавленности, удрученности, тревожности, что способствует неправильному отношению к своей болезни, восприятию в мрачных тонах всех событий и неблагоприятно сказывается на течении болезни, снижает успех лечения.

Психастенический вариант: тревога, страхи, убеждение в худшем исходе, ожидание тяжелых последствий; пациент ходит от одного врача к другому, испытывает массу неприятных ощущений, вспоминает симптомы болезни, бывшие у родственников и знакомых, находит их признаки у себя.

Ипохондрическая реакция: убеждение в наличии болезни, болезнь всегда оценивается с преувеличением, склонность к фантазированию. Пациенты «живут» болезнью, облачают ее в ореол необычности, исключительности, особого, неповторимого мученичества.

Эйфорически-анозогнозическая реакция: невнимание к своему здоровью, отрицание болезни, отказ от обследования и медицинских назначений; на реакцию пациента оказывает влияние характер диагноза, изменение физической полноценности и внешности, изменение положения в семье и обществе, ограничения и лишения, связанные с болезнью, необходимость лечения или операции.

В клинике психосоматических расстройств преобладающими являются психопатологические расстройства в виде астенического, ипохондрического, фобического, депрессивно-тревожного, депрессивно-тоскливого, агрипнического, психовегетативного синдромов.

Многообразные психосоматические расстройства А.Б. Смулевич [10] дифференцирует следующим образом:

1. Психосоматические состояния.

1.1. Соматическая патология, усиленная конверсионными, тревожно-фобическими и другими психическими расстройствами.

1.2. Соматическая патология, дублированная ситуационно возникающими соматоформными расстройствами.

1.3. Психическая патология, редуцированная до уровня соматоформных расстройств.

2. Психореактивные состояния.

2.1. Психогенные реакции (нозогении).

2.2. Экзогенные реакции (соматогении).

В соответствии с неврологическими заболеваниями:

Соматическая патология, усиленная конверсионными, тревожно-фобическими, психовегетативными и другими психическими расстройствами, может рассматриваться при новообразованиях центральной нервной системы, инсультах, рассеянном склерозе, боковом амиотрофическом склерозе, последствиях тяжелых черепно-мозговых и спинальных травм, заболеваниях периферической нервной системы и др. с выраженными функционально дефицитарными неврологическими расстройствами, протекающими с астеническими, фобическими, тревожными, депрессивными, ипохондрическими проявлениями. Психосоматические соотношения представлены в рамках континуума, на одном полюсе которого располагаются психические расстройства в рамках невротического регистра, на другом — соматические нарушения с функциональными расстройствами.

Соматическая патология, дублированная ситуационно возникающими соматоформными расстройствами, например, сенсорные, атактические, двигательные, мышечно-дистонические, вегетативные нарушения без объективной верификации, возникшие в ситуациях, когда эти симптомы и синдромы были объективными.

Психическая патология, редуцированная до уровня соматоформных расстройств по соматизированному, недифференцированному, болевому, конверсионному, ипохондрическому, дисморфобическому вариантам.

Например, конверсионное расстройство с демонстративной выразительностью патологических телесных топографических имитаций: кожных гипо- и гиперестезий, частичной или полной потерей функции зрительно-го, обонятельного, слухового анализаторов и др.

Хроническое соматоформное болевое расстройство с постоянной тяжелой психически угнетающей болью, которая не может быть объяснена физиологическим процессом или соматическим расстройством и чаще всего проявляется в сочетании с психосоциальными проблемами.

Во всех случаях психосоматических расстройств определяются значение вегетативной дисфункции и различной степени выраженности проявления невротической симптоматики. Астения, депрессии, тревога, ипохондрические симптомы являются обычными спутниками психосоматических расстройств.

Психогенные реакции (нозогении) — высокая субъективная значимость выявленных нейровизуализационных изменений головного мозга, позвоночно-двигательных сегментов, нейрофизиологических, при ранее переживаемых клинических проявлениях объективно верифицируемых заболеваний или конституционально обусловленных, например резидуальные явления перинатальной энцефалопатии с морфодиспластическим синдромом и мягкой нелокализованной неврологической симптоматикой без дефицитарных расстройств.

Экзогенные реакции (соматогении) — частые обострения основного неврологического заболевания — связываются с внешними неблагоприятными факторами, чаще эмоциональными воздействиями.

Диагностические критерии, с помощью которых невролог может заподозрить психосоматические расстройства у пациента:

1. Полиморфные, часто изменяющиеся жалобы, несоответствие между большим количеством жалоб и отсутствием либо незначительной выраженностью клинических проявлений нозологической формы неврологического заболевания (описание физических симптомов является результатом умственного или эмоционального состояния человека).

2. Длительный анамнез с частой сменой лечащих врачей (одного профиля либо различных профилей).

3. Фиксированное внимание на мнимой причине заболевания.

4. Большое количество медицинских документов о предшествующих диагностических методах, консультациях, лечении.

5. Низкий уровень доверия в позитивные результаты лечения, возможный краткосрочный успех с постоянно изменяющимся мнением о результатах лечения.

6. Отсутствие лабораторных, нейровизуализационных, ультразвуковых, нейрофизиологических и других диагностических методов исследования, верифицирующих неврологическое заболевание.

Принципы организации психосоматической помощи:

1. Индивидуальный комплексный подход.

2. Интегрированная терапия — сотрудничество психиатра-консультанта, профильного лечащего врача (невролога), психотерапевта [11, 12].

3. Комплексная терапия: комбинация фармакотерапии, психотерапии с психокоррекцией, физиотерапии, бальнеотерапии.

Роль врача-психиатра в лечении психосоматических больных

Сочетание психических и соматических нарушений у больных определяет особенности медицинской помощи — взаимодействие психиатров и врачей общего профиля либо профильных и осуществляемое в медицинских учреждениях общего типа либо в специализированных психосоматических клиниках [3, 9].

Лечение психосоматических больных в стационаре. Психиатр-консультант участвует в дифференциальной диагностике психических нарушений у соматического больного, определяет совместно с профильным лечащим врачом терапевтическую тактику, используя психофармакотерапию. Лечение пациентов с психосоматическими расстройствами проводится в условиях соматического стационара. Врач психиатр-консультант осуществляет повторные консультации с контролем лечения и при необходимости рекомендует последующее динамическое наблюдение с продолжением специализированной помощи (психофармакотерапия, психотерапия) в амбулаторных условиях. В случае тяжелых психических расстройств лечение целесообразно осуществлять в психосоматических отделениях либо при скорректированном соматическом состоянии в специализированной психосоматической клинике.

Пациентам с психосоматическими расстройствами, не нуждающимся в стационарном лечении, лечение осуществляется в амбулаторных условиях. Психиатр выступает в роли консультанта (постоянное наблюдение и терапию осуществляют профильные врачи) либо в качестве лечащего врача, оказывающего весь объем необходимой помощи, включающей психотерапию.

Качество лечения пациентов с психосоматическими расстройствами зависит от диагностики врачами не психиатрической специальности пограничных и смежных с ними психических расстройств, в том числе и у соматических больных или у пациентов с соматизацией психической патологии, и своевременности направления больного к психиатру [8].

В медицинской практике врачами не психиатрических специальностей допускаются дефекты в коррекции психосоматических расстройств [3]. При лечении следует руководствоваться принципом дифференцированного подбора психотропных средств, в зависимости от клинической картины психопатологических проявлений и эффекта конкретного препарата, с преимущественно седативным или стимулирующим действием либо сбалансированного действия. Индивидуальный подбор фармакологических средств позволит справиться с дезадаптирующими психосоматическими расстройствами. Для базовой терапии, метаболической защиты головного мозга можно использовать препараты различных фармакологических групп: ноотропы, антиоксиданты, синтетические аналоги нейропептидов, аминокислоты. В достижении седативного, депримирующего, противотревожного, антифобического клинических эффектов целесообразно назначение психотропных препаратов симпатолитического, тропотропного, гипокинетического, психолептического действия. В достижении возбуждающего, стимулирующего, активирующего, психоэнергизирующего, тимоаналептического клинических эффектов целесообразно назначение психотропных препаратов симпатикотонического, эрготропного, гиперкинетического, психоаналептического действия [5, 6].

В базовой терапии психонейрофармакологической коррекции верифицирована клиническая эффективность препаратов, улучшающих мозговой метаболизм, мозговое кровообращение: семакса, ноотропила, сермиона, инстенона, эмоксипина, эриона, медомекси, цитофлавина.

Для достижения седативного, депримирующего, противотревожного, антифобического действия успешно используются транквилизаторы с анксиолитическим действием: альпрозолам, феназепам, диазепем, атаракс, стрезам; антидепрессанты, седативного и противотревожного действия: амитриптилин, леривон, флуоксетин; нейропротекторы, гемомикроциркулянт, антигипоксанты: танакан, глиатилин, мексидол, магне В6; α -адреноблокаторы.

Для достижения стимулирующего, психоэнергизирующего, тимоаналептического клинического действия используются нейрорептики: эглонил, тералиджен; психостимуляторы: синдокарб, сиднофен; актопротекторы: беметил, ладастен; транквилизаторы: грандаксин; центральные холиноблокаторы: амизил; антидепрессанты стимулирующего действия: мелипрамин, сертралин.

В случае смешанных клинических психопатологических расстройств целесообразно назначение антиде-

прессантов сбалансированного действия — паксила, ципрамина.

Критериями фармакотерапии психопатологических синдромов психосоматических расстройств являются: выбор оптимального препарата (фармакологическая селективность), особенности взаимодействия с соматотропными препаратами, выбор адекватной дозы, оценка переносимости, режим терапии, продолжение терапии, преемственность, этапность, профилактика декомпенсаций и обострений.

Традиционная терапия с использованием психотропных препаратов не носит заверченный характер. В субъективном пространстве при купировании клинических проявлений заболевания остается зона неопределенности в разрешении ситуации, необходимом маршруте в социальной среде. Исчезновение симптомов под действием лекарств способствует уходу от решения проблем в эмоционально-социальный вакуум. Поэтому целесообразно сочетание психофармакотерапии и психотерапии, что соответствует третьему принципу реабилитации психических больных — единство психосоциальных и биологических методов воздействия. При лечении психосоматических больных используются психоаналитическая, поведенческая, личностно-ориентированная, групповая, когнитивная, поддерживающая, телесно-ориентированная психотерапия. Эффективной является гипнотерапия, аутогенная тренировка.

Задачи психотерапии: формирование адекватной самооценки и адаптации к микросреде, коррекция неадекватных типов реагирования на ситуацию, заболевание. Действуя через систему социально-психологических связей больного (психотерапия) и нормализуя патологическую активность центральной нервной системы (биологическая терапия) — конечный эффект реализуется на уровне единой функционально-динамической базы, определяющей возможности коррекции патологических нарушений и психической дезадаптации [2].

Медикаментозное и психотерапевтическое лечение при психосоматических расстройствах успешно дополняется физическими и курортными факторами, направленными на устранение нейровегетативных и нейросоматических дисфункций. Основное место занимают физические факторы: климат, воздух, солнце, вода. Используются методы физиотерапии: электролечение (гальванотерапия, электросон, электропунктура, аэрионотерапия). Назначаются гидротерапия (циркулярный, восходящий душ, душ Шарко, шотландский душ, подводный душ-массаж), местные, контрастные, кислородные и скипидарные ванны. Применяется гипербарическая оксигенация, фототерапия, вибромассаж, массаж, иглорефлексотерапия [9].

Выводы

1. Помощь больным с психосоматическими расстройствами будет законченным циклом в случае оказания медицинской, психологической и социальной помощи.

2. Медицинскую помощь организует лечащий врач — невролог, психологическую помощь — психиатр, психотерапевт, психолог, социальную — специалисты по социальной работе.

3. В курации больных с психосоматическими расстройствами целесообразен мультидисциплинарный

подход, включающий сотрудничество психиатра-консультанта, лечащего врача невролога, психотерапевта.

4. Наиболее целесообразным является создание мультидисциплинарных бригад с целью оказания медико-психосоциальной помощи.

5. Интегрированная терапия психосоматических расстройств в неврологической практике с направленной психонейрофармакологической коррекцией с учетом предиктора терапевтического эффекта психофармакологических препаратов в сочетании с психотерапией, физическими и курортными факторами способствует редукции дезадаптирующих психопатологических синдромов.

Литература

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. — М.: Институт общегуманитарных исследований, 2004. — 336 с. (Перевод с англ., ред. Косилова Е.В.).
2. Александровский Ю.А. Актуальные проблемы современной психиатрии и психофармакотерапии. Лекция для врачей. — М., 2002. — 28 с.
3. Елисеев Ю.Ю. Психосоматические заболевания. Справочник. — 2003. <http://www.myword.ru>.
4. Личко А.Е., Иванов Н.Я. Медико-психологическое обследование соматических больных // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 1980, Т. 80, N.8. — С. 1195–1198.
5. Маховская Т.Г. Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы у работников железнодорожного транспорта (эпидемиология, клиника, терапия): Дис...докт. мед. наук. — Санкт-Петербург, 2004. — 386 с.
6. Маховская Т.Г., Черных Е.Г. Вегетативно-сосудистая регуляция на ранней стадии формирования цереброваскулярной патологии. — М.: Граница, 2009. — 176 с.
7. МКБ-10: Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств (Клинические описания и указания по диагностике). ВОЗ/под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. — С-Пб.: Адис., 1994. — 302 с.
8. Самойлова Ю.Г. Клинико-метаболические, психосоциальные закономерности формирования психосоматических соотношений при сахарном диабете I типа и ожирении: дис...докт. мед. наук. — Томск, 2010. — 309 с.
9. Сидоров П.И., Новикова И.А. Психосоматические заболевания: концепции, распространенность, качество жизни, медико-социальная помощь больным // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2010. N 1. URL: <http://medpsy.ru>.
10. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи) // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2000. Т.2. — С. 35–40.
11. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине: руководство для врачей. — М.: Медицинское информационное агентство, 2001. — 335 с.
12. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях — М.: Медицинское информационное агентство, 2007. — 432 с.