

Л.В. Ромасенко

ФГУ «ГНЦ СПП Росздрава», Москва

Психосоматические расстройства в гастроэнтерологической практике: функциональная диспепсия

PSYCHOSOMATIC DISORDERS IN GASTROENTEROLOGICAL PRACTICE: FUNCTIONAL DYSPESIA

L. V. Romasenko

State Research Center of Social and Forensic Psychiatry, Russian Agency for Health Care, Moscow

The author discusses the results of clinicopathopsychological, psychometric, and gastroenterological studies in 103 patients treated at the gastroenterology clinic (Clinic of Faculty Therapy, I.M. Sechenov Moscow Medical Academy). Functional dyspepsia is held to be obligate psychosomatic syndrome with comorbidity mental (depressive, personality, and hypochondriac) disorders and its diagnosis and treatment require an interdisciplinary approach.

Key words: functional dyspepsia, diagnosis, treatment.

Lyubov Vladimirovna Romasenko: lromasenko@mail.ru

Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в зависимости от их клинко-патогенетической сущности принято трактовать как: 1) функциональные соматические расстройства психогенной этиологии; 2) собственно психосоматические заболевания; 3) соматические заболевания, клинические проявления и динамика которых осложняются психическими факторами. Подобный принцип деления используется и в классификации психосоматических расстройств: соматизированные психопатологические расстройства различной этиологии; соматогенные психические расстройства; соматические осложнения психических болезней; психогенные расстройства, влияющие на динамику соматических заболеваний [1, 2]. Среди здоровых лиц функциональные расстройства ЖКТ встречаются у 15%, на наличие хотя бы одного функционального синдрома со стороны ЖКТ указывают 48,3% [3]. Особенно сложной представляется оценка соматизированных (соматоформных) психических расстройств, которые в клинической психиатрии обозначают как невроз органа [4], вегетативный невроз [5], системный невроз [6], функциональный синдром [7]. Наиболее частыми функциональными синдромами в гастроэнтерологии являются синдром раздраженного кишечника (СРК) и синдром функциональной диспепсии (ФД), причем психопатологические характеристики последнего исследованы недостаточно.

Не вызывает сомнения значение психосоциальных факторов в генезе функциональных расстройств ЖКТ, в частности ФД [8, 9]. Однако психологические исследования не подтвердили более высокой распространенности у больных с ФД жизненных событий, способных вызвать стресс, по сравнению с таковыми у здоровых. Установлено также, что психологический профиль, составленный на основании результатов теста ММРІ, существенно не различается у больных с ФД и у пациентов с другими гастроэнтерологическими заболеваниями [10]. Наряду с этим у больных с ФД выявлен более высокий уровень тревожности, депрессии, невротических и ипохондрических реакций. Непосредственная зависимость

деятельности ЖКТ от аффективного статуса пациента, доказанная рентгенологически, позволила В.Д. Тополянскому и М.В. Струковской [11] говорить о распространенном типе людей с особой гастроинтестинальной лабильностью. Они чаще обращаются за помощью к психиатрам, чем больные с органическими нарушениями функций ЖКТ [12], более подвержены ипохондрическим страхам [13], из-за особой чувствительности к собственным телесным ощущениям, сниженного порога телесного дискомфорта считают, что проявления заболевания у них особенно тяжелы. Соответственно 87% пациентов с ФД (по сравнению с 25% больных с органической диспепсией) ставят психиатрический диагноз [14], что существенно повышает роль психиатра при обосновании у них оптимальной лечебно-реабилитационной тактики.

При клинко-психопатологическом обследовании 442 пациентов гастроэнтерологического стационара, проведенном в 2007—2008 гг. в Клинике факультетской терапии им. В.Н. Виноградова ММА им. И.М. Сеченова, функциональные гастроэнтерологические расстройства выявлены у 217 (49,1%) больных, в том числе ФД — у 103, СРК — у 105, дискинезии желчевыводящих путей (ДЖВП) — у 9. Из включенных в исследование 103 пациента с ФД (87 женщин и 16 мужчин) в возрасте от 22 до 74 лет (средний возраст — 48,6 года) со средней длительностью заболевания $8 \pm 0,9$ года составили основную группу, 105 больных с СРК — группу контроля. Все пациенты были направлены на консультацию к психиатру из-за несоответствия интенсивности жалоб, болезненных ощущений со стороны органов ЖКТ объективным показателям здоровья, а также в связи с неэффективностью соматотропной терапии.

Пациентов с ФД обследовали в соответствии со стандартами, принятыми при верификации указанных расстройств, для исключения органических причин болезни. Во всех случаях выявлены признаки хронического гастрита (поверхностный гастрит по данным гастроскопии), в половине наблюдений — повышенное секретообразование. Клинико-психопатологическое

тологическое обследование (критерии МКБ-10) было дополнено результатами психометрического исследования с использованием диагностических шкал HADS (шкала госпитальной тревоги и депрессии) и SCL-90 (шкала психопатологических расстройств), в соответствии с которыми у пациентов отмечался высокий уровень тревоги и депрессии (10–20 баллов по шкале HADS). Спектр психических расстройств по шкале SCL-90 включал в себя тревожные, депрессивные, ипохондрические и соматизированные синдромы. Психиатрическое обследование показало, что у всех больных имелась соматоформная вегетативная дисфункция верхних отделов ЖКТ с одинаково часто встречающимися коморбидными либо конверсионными (тошнота, рвота, ощущение непроходящего кома в горле, трудности глотания, спазм мышц лица), либо депрессивными расстройствами (тревожными, ипохондрическими, истерическими). Помимо этого, у 29,4% пациентов диагностированы ипохондрические расстройства в форме навязчивой и сверхценной сенсоипохондри в структуре шизотипического расстройства, у 9,8% — дисморфофобии в структуре нервной анорексии/булимии, у 11,7% — личностные расстройства преимущественно истерической структуры.

Поэтапная диагностика психических расстройств при синдроме ФД может быть представлена следующим образом. На *первом этапе* в случаях неэффективности лечения и очевидного несоответствия результатов объективного обследования (отсутствие достоверных признаков органической природы заболевания) внутренней картине болезни (интенсивность субъективных ощущений) гастроэнтеролог определяет показания для консультации психиатра. На этом этапе принципиально важно, чтобы врач-интернист ориентировался в проблемах психосоматики, понимал преимущества междисциплинарного подхода. От этого зависят своевременность коррекции терапии и в итоге ее эффективность. Понятно, что речь идет о «трудных больных», а не о психиатрической «скрининг-диагностике» в соматическом стационаре.

На *втором этапе* врач обсуждает с пациентом на условиях информированного согласия целесообразность и даже необходимость такой консультации. При этом врач должен руководствоваться положением о презумпции психического здоровья пациента, о добровольности консультации у психиатра в соответствии с Законом об оказании психиатрической помощи населению. Специфика этого этапа — вероятность ятрогений в силу высокого субъективного значения психического здоровья, предубеждений в отношении психиатрии.

На *третьем, заключительном, этапе* проводится оценка психического здоровья пациента. В условиях непсихиатрического стационара она имеет свою специфику: преимущественно синдромальная оценка; необходимость интеграции результатов психиатрического осмотра в общий клинический диагноз (определение характера психосоматических соотношений); обоснование приоритетной клинической модели — преимущественно соматоцентрической либо психосоматической, что имеет значение при установлении диагноза и выборе лечебной тактики.

Психиатр-консультант, работающий в соматическом стационаре, должен знать соматические «маски», эквиваленты психических расстройств у пациентов общемедицинской сети. Одновременно он должен понимать и клинику внутренних болезней, т.е. говорить на одном «диагностическом» языке с интернистом. Речь идет не о подмене компетенции специалистов, а о междисциплинарном сотрудничестве.

Психиатрическая диагностика у пациентов с ФД начинается с анализа жалоб. В первую очередь уточняется характер функциональных расстройств: боль, ощущение переполнения желудка, насыщение. При преобладании болевого синдрома анализируются характер боли, ее связь с приемом пищи, погрешностями в диете, способы купирования. Выясняются особенности питания пациента (употребление белковых концентратов, пищевых добавок, соблюдение низкокалорийной или вегетарианской диеты), динамика массы тела, факторы, провоцирующие болевой синдром, их связь с менструальным циклом у женщин, мнение пациента о причинах боли. Для оценки пищевого поведения имеют значение и такие признаки, как страх перед приемом пищи в связи с неприятными последствиями (тошнота, ощущение вздутия в эпигастрии, спазмы при глотании, рвота), искусственное вызывание рвоты для облегчения состояния или из-за боязни набрать лишний вес, другие способы предотвращения неприятных ощущений в желудке, проведение косметических операций для коррекции мнимых недостатков. Отдельно анализируются переживания больного (тревога, боязнь неизлечимого заболевания и трактовка психогенных причин плохого самочувствия), их связь с тяжелыми личными потерями или обстоятельствами (смерть близких, судебные разбирательства и т. п.).

Для целостного понимания состояния больного и структуры психопатологических расстройств следует выяснить также наличие экстраабдоминальных жалоб как в соматической, так и в психической сфере — головные боли, боли в области сердца, неудовлетворенность вдохом, ощущение «кома в горле», отрыжка, икота. Могут наблюдаться такие симптомы, как недовольство собственной внешностью, стремление корректировать фигуру («качать» мышцы, набрать вес, либо, напротив, похудеть). Больные указывают на неуверенность в себе, трудности контакта, «повышенный интерес» окружающих к их внешнему виду, что заставляет пациентов подолгу разглядывать себя в зеркале. Типичные жалобы — неустойчивое либо пониженное настроение, нарушения сна.

Расспрос пациента позволяет получить важную информацию о наследственной отягощенности, связи выявленных расстройств с различными провоцирующими факторами или констатировать их спонтанность, аутохтонность, сезонность.

В соответствии со структурой жалоб формируется предварительный диагноз на синдромальном уровне, который уточняется в процессе последующего прицельного психопатологического обследования с учетом критериев диагностики конкретного психического расстройства — невротического, связанного со стрессом, аффективного, нервной анорексии/булимии, шизотипического.

Клинический вариант ФД с коморбидными *аффективными* расстройствами характеризовался следующими клинико-динамическими особенностями. Аффективная патология была представлена исключительно депрессивными расстройствами: депрессивный эпизод (легкий либо умеренно выраженный); рекуррентный депрессивный эпизод, депрессивные фазы при циклотимии. Депрессивные расстройства, как правило, были спровоцированы психогенно, в трети наблюдений возникали аутохтонно, носили сезонный характер. Клинические проявления расстройств определялись их нозологической принадлежностью, зависели от возраста пациентов. Депрессивные эпизоды были спровоцированы объек-

тивно серьезными психогенными событиями (смерть или тяжёлая болезнь родных, материальные потери) и выражались тревожно-депрессивными, депрессивно-ипохондрическими, истеродепрессивными состояниями. Типичными для пациентов этой группы были конверсионные симптомы, снижение массы тела, ипохондрические переживания, страх смерти, снижение активности либо выраженная тревога, расстройства сна. Рекуррентные депрессивные эпизоды у больных нередко также были спровоцированы психогенно. Однако в таких случаях в анамнезе могли быть мало мотивированные срывы или выраженные эпизоды депрессии, хотя за психиатрической помощью больные никогда не обращались. Депрессивные расстройства при циклотимии протекали по типу маскированных депрессий с псевдосоматическими симптомами других функциональных нарушений — эпизоды цисталгии в анамнезе, СРК, протрагированные расстройства сна, состояния с затруднениями вдоха.

Особенно сложны диагностика и лечение депрессивных расстройств у пациентов старше 60 лет. Такие больные поступали в гастроэнтерологический стационар с жалобами на резкое в течение 1—2 мес снижение массы тела (на 10—20 кг), которое они связывали с необъяснимой мучительной тошнотой, позывами на рвоту (как правило, в утренние часы). Больные избегали принимать пищу, опасаясь захлебнуться при глотании жидкости, у них отмечались запоры. Для таких пациентов были характерны тревога, ипохондрические переживания, канцерофобия. В то же время при обследовании в гастроэнтерологической клинике у них выявлялись лишь возрастные нарушения со стороны ЖКТ, что, тем не менее, не улучшало состояние больных. Эффект давала только дифференцированная (с учетом структуры депрессии, возраста и соматического состояния) психофармакотерапия.

У пациентов с ФД и коморбидными личностными (преимущественно истерическими) расстройствами клиническая картина характеризовалась высокой частотой психогенно спровоцированных декомпенсаций, расстройств адаптации с преимущественно конверсионными, тревожно-истерическими расстройствами («ком в горле», трудности глотания, снижение массы тела и др.). Как правило, эти состояния развивались после потери близких — мужа, жены, родителей. Пациенты длительно консультировались у различных специальностей (эндокринолог, гастроэнтеролог, хирург) в связи с подозрением на гиперфункцию щитовидной железы, кардиоспазм и др. Клиническая картина болезни в значительной мере определялась эмоциональной лабильностью, гиперестезией, гротескностью личностных реакций на фоне отступающих на второй план других проявлений депрессии — нарушений сна, снижения работоспособности, суточных колебаний настроения. Подобная специфика личностного реагирования обуславливала и особенности динамики болезни — неустойчивость терапевтического эффекта, зависимость от дополнительных психогений, склонность к рецидивированию.

В случаях ФД с коморбидной *ипохондрической* патологией (синдром сенсоипохондрии) базисные психические нарушения были представлены шизотипическим расстройством. Это были пациенты преимущественно молодого возраста с типичными жалобами на нарушение аппетита, «тяжелые» расстройства пищеварения в форме тошноты, рвоты, боли в эпигастрии. Свое болезненное состояние они связывали с «пищевым отравлением»; жалобы острого периода

быстро становились хроническими, принимали мучительный характер. Больные проходили многочисленные обследования, лечились по поводу хронического гастрита, панкреатита и других заболеваний ЖКТ. На фоне интенсивной терапии они чувствовали значительное облегчение, но сразу же после выписки из стационара все симптомы рецидивировали. Больные начинали соблюдать особую, необходимую, по их мнению, диету. У них повторялись «необъяснимые обмороки», в связи с чем они регулярно обращались за неотложной медицинской помощью, обследовались в стационарах, настаивали без должных показаний на проведении холецистэктомии. Несмотря на обилие жалоб и субъективно плохое самочувствие эти пациенты не выглядели истощенными, у них не было существенного снижения массы тела.

Особую группу составляли больные с преобладающими жалобами на мучительное жжение в эпигастрии при приеме любой пищи, страхом приема пищи, спазмами в горле. Они практически ничего не ели, искали симптомы болезни в медицинских справочниках, Интернете и в состоянии полного истощения попадали в стационар. К этой группе призывали больные с дисморфобией как стержневым расстройством при клинически очерченной нервной анорексии, нарушениях пищевого поведения. Среди них преобладали девушки с жалобами на боли после приема пищи, тошноту, позывы на рвоту. Больные тщательно скрывали недовольство своим внешним видом и то, что придерживаются низкокалорийной диеты, злоупотребляют слабительными, утверждали, что «питаются достаточно». Несмотря на выраженные соматические жалобы, эти пациенты много времени уделяли спортивным тренировкам, ежедневно посещали тренажерные залы, чтобы избежать прибавления веса. Среди больных с ФД выделялись молодые люди 18—28 лет с дисморфобией, которые считали, что у них слишком низкая масса тела и они не могут добиться наращивания мышечной массы. Эти пациенты жаловались на тошноту, периодическую рвоту, постоянное ощущение «кома в горле». Они активно занимались в тренажерных залах, употребляли «белковые коктейли», прибегали к инъекциям анаболических и половых гормонов, придерживались белковой диеты.

Особые трудности возникали при обследовании и лечении больных старшего возраста с доминирующими диспепсическими жалобами на тошноту, рвоту, мучительную икоту, отрыжку, сопровождающуюся громкими утробными звуками. Эти пациенты отличались низкой комплаентностью, недоверчивостью, даже конфликтностью, имели психиатрический анамнез — эпизоды нарушения пищевого поведения и нервной анорексии/булимии в юношеском возрасте, обследовались у психиатров и получали необходимую терапию. Например, одна больная жаловалась на приступы неукротимой рвоты в течение 2—3 нед, возникающие на фоне утомления или незначительных бытовых конфликтов либо спонтанно в предменструальном периоде. Она сообщила также, что в 20 лет после родов длительно искусственно вызывала рвоту, чтобы «хорошо выглядеть» и не прибавить в весе. В состоянии истощения она была консультирована психиатром, в течение нескольких месяцев получала психофармакотерапию, в результате чего несколько лет состояние пациентки было удовлетворительным.

Таким образом, у наших пациентов ФД была представлена соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы верхних отделов ЖКТ (F45.31; K30 — раз-

дел внутренних болезней), облигатным психосоматическим синдромом с коморбидными психическими расстройствами, что требует комплексной оценки при диагностике и определении лечебной тактики. Именно коморбидность симптомов ФД и психических расстройств обуславливает развитие функциональных соматических

синдромов, которые по сути являются соматизированными психическими расстройствами.

Междисциплинарный подход позволяет не только своевременно диагностировать, но и успешно лечить психические расстройства, имитирующие соматические заболевания в условиях соматического стационара.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. М.: Медицина, 2000.
2. Lipowski Z.J. Somatization and depression. *Psychosomatics* 1990;31:13—21.
3. Talley N.J. Dyspepsia: management guidelines for the millennium. *Gut* 2002;50.
4. Bergmann G. Funktionelle Pathologie. Berlin: Springer, 1932.
5. Alexander F. Psychosomatic Medicine. New York: Norton, 1950.
6. Мясисев В.Н. Личность и неврозы. Л., 1960.
7. Uexkull V. Th. Funktionelle Syndrome in der inneren Medizin. *Lehrb d Psychosom Med* 2c Aufl 1981:453—63.
8. Drossman D.A., Creed F.H., Olden K.W. et al. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gut* 1999;45(Suppl. 2): 25—30.
9. Locke G.R., Weaver A.L., Melton L.J. 3rd. et al. Psychosocial factors are linked to functional gastrointestinal disorders: a population based nested case-control study. *Am J Gastroenterol* 2004;99:350—7.
10. Richter J. Stress and psychological and environmental factors in functional dyspepsia. *Scand J Gastroenterol* 1991;26(Suppl.182):40—6.
11. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства (руководство для врачей). М.: Медицина, 1986.
12. Speckens A.E.M., van Hemert A.M., Bolk J.H. et al. Unexplained physical symptoms: outcome, utilization of medical care and associated factors. *Psychol Med* 1996;26:745—52.
13. Hiller W., Rief W., Fichter M.M. Further evidence for a broader concept of somatization disorder using the somatic symptom index. *Psychosomatics* 1995;36:285—94.
14. Magni G., di Mario F., Bernasconi G. et al. DSM-III diagnoses associated with dyspepsia of unknown cause. *Am J Psychiatry* 1987;144:1222—3.

А.М. Бурно

ФПК МР РУДН, Москва

Медицинское информирование в структуре когнитивной терапии панического расстройства

MEDICAL INFORMATION IN THE STRUCTURE OF COGNITIVE THERAPY FOR PANIC DISORDER

A.M. Burno

Faculty for Postgraduate Training for Medical Workers, Russian University of Peoples' Friendship, Moscow

The paper describes the procedure of cognitive therapy for panic disorder, which is based on the explanation of the nature of physical and psychopathological symptoms of anxiety.

Key words: panic disorder, cognitive therapy, symptoms of anxiety.

Burno Anton Markovich: drburnoml@mail.ru

В фармакотерапии панических расстройств достигнуты впечатляющие успехи, однако нелекарственные методы лечения этих состояний в ряде случаев по-прежнему актуальны. Во-первых, даже такие эффективные препараты, как ингибиторы обратного захвата серотонина, нередко вызывают неприятные побочные эффекты. Во-вторых, продолжительность приема лекарств часто непредсказуема, и нередко фармакотерапия затягивается на долгие годы, при этом есть большое количество пациентов, по тем или иным причинам не желающих длительно принимать химические препараты. В-третьих, применение способов лечения, позволяющих организму справляться с недугом собственными силами, т.е. естественным образом, является более выгодным биологически.

Все это заставляет рассматривать когнитивную терапию в качестве важной составляющей лечения панического расстройства.

Когнитивная модель панического приступа представляет собой порочный круг, состоящий из трех звеньев. Первое звено — острый аффект страха, возникающий вследствие биохимического дисбаланса или неосознаваемых психологических процессов. Второе звено — проявление страха в виде физических симптомов, связанных с активизацией вегетативной нервной системы (тахикардия, повышение АД), и в виде психопатологических «масок» тревоги (кознесеизии, деперсонализация и др.). Третье звено — интерпретация пациентом возникающих симптомов как опасных для жизни или психического здоровья. Такая интерпретация резко усиливает страх и замыкает порочный круг.

Наряду с техниками и приемами классического когнитивного подхода [1, 2] при использовании предлагаемого способа рационального воздействия особое значение придается когнитивным процессам, связанным с неправильной оценкой пациентом имеющихся у него симптомов. Смысл