

## СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие .....	7
Список сокращений и условных обозначений .....	9
<b>Диагностика и лечение психических расстройств .....</b>	<b>10</b>
<i>Диагностика</i> .....	10
Основные психические синдромы .....	14
Тревога .....	14
Депрессия .....	14
Сочетание тревоги и депрессии .....	17
Психометрические шкалы .....	18
Соматические симптомы .....	21
Причины и типы психических расстройств .....	27
Оформление диагноза .....	28
<i>Лечение</i> .....	29
Фармакотерапия .....	31
Транквилизаторы .....	32
Антидепрессанты .....	35
Антипсихотики .....	39
Психотерапия .....	42
Разъяснительная и поддерживающая терапия .....	44
Когнитивная терапия .....	46
Поведенческая терапия .....	47
Когнитивно-поведенческая терапия .....	48
Психодинамическая терапия .....	49
Психоэмоциональная саморегуляция .....	50
Психологическая защита .....	51
Психофизиологические методы .....	52
Стратегии поведения .....	52
Стратегии совладающего поведения .....	52
Жизненные приоритеты .....	53
Религия .....	54
Другие терапевтические подходы .....	55
Фитотерапия .....	56
Плацебо .....	57
Приверженность лечению .....	61
<b>Психические расстройства .....</b>	<b>62</b>
<i>Тревожные расстройства</i> .....	62
Паническое расстройство .....	63
Генерализованное тревожное расстройство .....	71
Фобии .....	76

Агорафобия .....	77
Социальные фобии.....	79
Специфические фобии.....	82
Обсессивно-компульсивное расстройство .....	83
<i>Расстройства настроения.....</i>	<i>89</i>
Депрессивное расстройство.....	89
Дистимия.....	101
Биполярное расстройство.....	105
Циклотимия .....	111
<i>Стрессовые расстройства.....</i>	<i>112</i>
Расстройство адаптации .....	114
Реакция утраты.....	118
Острая реакция на стресс .....	121
Посттравматическое стрессовое расстройство .....	124
<i>Деменция.....</i>	<i>129</i>
Классификация .....	130
Причины и факторы риска деменции.....	130
Диагностика .....	131
Лечение.....	134
<i>Расстройства личности .....</i>	<i>136</i>
Параноидное расстройство личности .....	142
Шизоидное расстройство личности.....	143
Диссоциальное расстройство личности.....	145
Эмоционально-лабильное расстройство личности.....	147
Импульсивный тип.....	147
Пограничный тип .....	148
Истерическое расстройство личности .....	149
Зависимое расстройство личности.....	151
Тревожное расстройство личности .....	152
Ананкастное расстройство личности.....	153
Нарциссическое расстройство личности.....	155
Хронические изменения личности после катастрофы.....	156
<i>Расстройства, связанные с психоактивными веществами .....</i>	<i>157</i>
Алкогольные расстройства .....	160
Острая интоксикация .....	162
Употребление с вредными последствиями.....	166
Состояние отмены .....	170
Состояние отмены с делирием.....	174
Синдром зависимости.....	175
Расстройства, связанные с табаком .....	181
Употребление с вредными последствиями.....	181

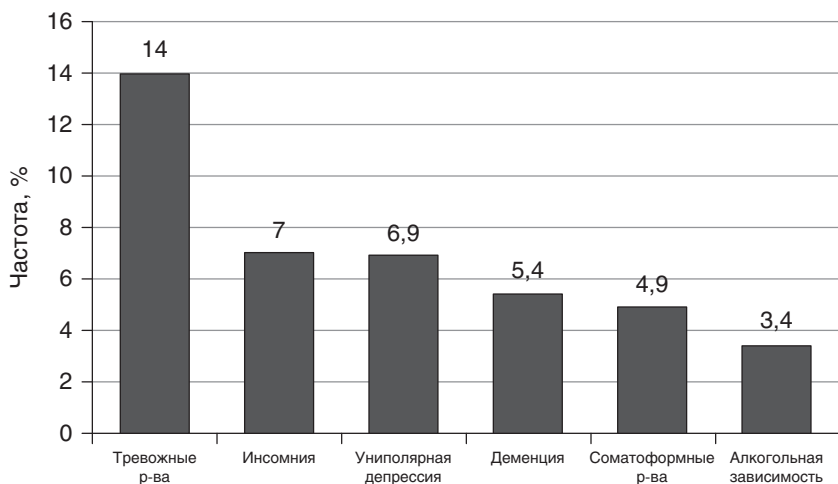
Состояние отмены .....	184
Синдром зависимости .....	184
Расстройства, вызванные опиоидами .....	190
Острая интоксикация, обусловленная опиоидами .....	191
Употребление с вредными последствиями.....	192
Состояние отмены .....	193
Синдром зависимости .....	195
Расстройства, вызванные каннабиноидами .....	196
Острая интоксикация .....	198
Употребление с вредными последствиями.....	199
Состояние отмены и зависимость .....	200
Расстройства, вызванные кокаином .....	201
Острая интоксикация .....	201
Употребление с вредными последствиями.....	202
Состояние отмены .....	203
Синдром зависимости .....	204
<b>Психосоматическая медицина .....</b>	<b>205</b>
<i>Качество жизни .....</i>	<i>207</i>
Личностные особенности .....	208
<i>Физиология психосоматических отношений .....</i>	<i>209</i>
Вегетативная нервная система .....	210
Гемостаз.....	211
Воспаление .....	212
Поведение.....	214
Психосоматические связи .....	214
<i>Психические расстройства, обусловленные соматическими</i> <i>болезнями .....</i>	<i>215</i>
Тревожное расстройство.....	216
Депрессивное расстройство.....	218
Депрессия пожилых и стариков.....	220
Делирий .....	222
<i>Стрессовые расстройства, вызванные соматическими болезнями.....</i>	<i>226</i>
<i>Психические расстройства, вызванные лекарствами .....</i>	<i>227</i>
Тревожное расстройство.....	227
Депрессивное расстройство.....	228
<i>Расстройство с соматическими симптомами и соматоформные</i> <i>расстройства .....</i>	<i>229</i>
Расстройство с соматическими симптомами.....	229
Расстройство с тревогой о здоровье и ипохондрия .....	234
<i>Преувеличение и симуляция симптомов .....</i>	<i>240</i>
Преувеличение соматических симптомов .....	240
Симулятивное расстройство.....	241

<i>Функциональные заболевания</i> .....	245
Функциональная диспепсия.....	247
Синдром раздраженного кишечника.....	250
Синдром хронической усталости .....	253
Фибромиалгия.....	256
<i>Психологический дистресс и соматические заболевания</i> .....	259
Сердечно-сосудистые заболевания .....	261
Артериальная гипертензия.....	261
Инсульт .....	265
Хронические коронарные синдромы.....	268
Острые коронарные синдромы.....	276
Сердечная недостаточность .....	281
Фибрилляция предсердий.....	284
Эндокринные заболевания.....	288
Гипертиреоз .....	288
Гипотиреоз.....	289
Менопаузальный переход .....	291
Сахарный диабет 2-го типа .....	292
Ожирение .....	296
Респираторные болезни.....	298
COVID-19.....	298
Хроническая обструктивная болезнь легких.....	299
Бронхиальная астма.....	301
Ревматические заболевания .....	304
Хроническая боль .....	305
Ревматоидный артрит.....	307
Системная красная волчанка .....	309
Гастроинтестинальные болезни .....	310
Язвенная болезнь.....	310
Хронический вирусный гепатит .....	312
Воспалительные болезни кишечника.....	314
Другие заболевания.....	316
Хроническая болезнь почек .....	316
Злокачественные новообразования .....	319
Смертность.....	321
<i>Значение психических факторов у пациентов с соматическими болезнями</i> .....	325
Список литературы .....	327
Рекомендации и руководства.....	327
Диагностика и лечение психических расстройств .....	329
Психические расстройства.....	339
Психосоматическая медицина.....	350

# ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

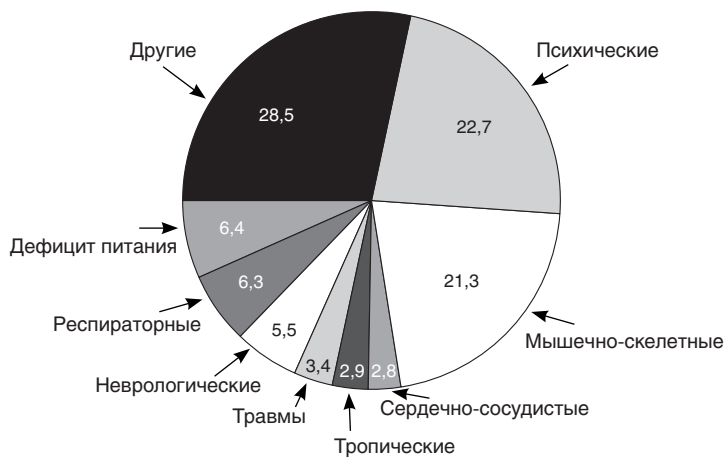
## ДИАГНОСТИКА

Среди населения стран Европы психические расстройства выявлены у 38% населения (рис. 1.1) с очевидным преобладанием тревожных расстройств. В отличие от Европы, в некоторых регионах в последние десятилетия частота психических нарушений существенно возросла. Например, в Тайване за 20 лет частота психических расстройств увеличилась почти в два раза — с 12 до 24% (Fu T. et al., 2013). В детском возрасте распространенность психических расстройств составляет около 16% (NSCH).



**Рис. 1.1.** Распространенность психических расстройств (за год) в европейских странах (ECNP/EBC)

Нарушения психического здоровья влияют на общую смертность населения значительно меньше соматических заболеваний, но в то же время остаются ведущей причиной снижения трудоспособности и инвалидности наряду с костно-мышечными заболеваниями (рис. 1.2). По сравнению с соматическими болезнями прямые затраты здравоохранения на психические расстройства ниже, а не прямые выше.



**Рис. 1.2.** Вклад заболеваний человека в ограничение трудоспособности и инвалидность (Becker A., Kleinman A., 2013)

Врачам поликлиник или стационаров часто приходится работать с пациентами, страдающими психическими расстройствами (табл. 1.1). Сопоставить частоту психических расстройств в популяции и среди пациентов врачей общей практики достаточно сложно ввиду разных методов исследования.

Таблица 1.1

**Распространенность психических расстройств**

Психическое расстройство	Доля населения, %		Амбулаторная помощь, % <sup>1</sup>
	NCS-R	ЕСNP/ЕВС	
Расстройство настроения	9,5	7,8	9,1–10,0
Депрессивное расстройство	6,7	6,9	8,4–11,2
Дистимия	1,5	–	5,0
Биполярное расстройство	2,6	0,9	0,2
Тревожные расстройства	18,1	14,0	16,4 <sup>2</sup>
Паническое расстройство	2,7	1,8	1,3–7,5
Специфическая фобия	8,7	6,4	3,5
Социальная фобия	6,8	2,3	2,2
Генерализованное тревожное расстройство	3,1	2,5	3,0

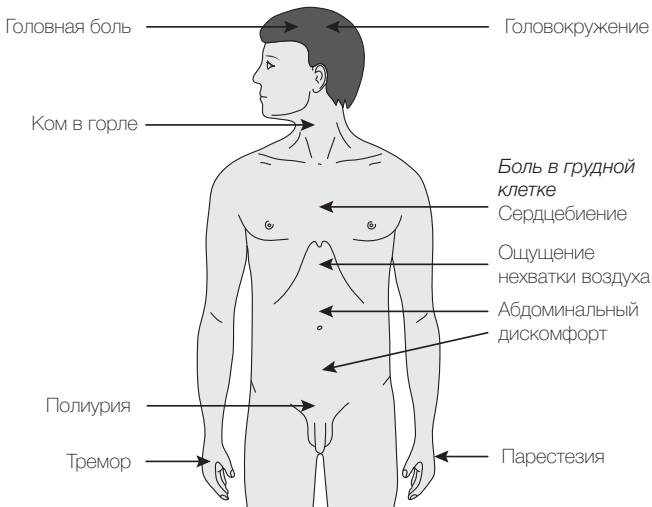
Окончание табл. 1.1

Психическое расстройство	Доля населения, %		Амбулаторная помощь, % <sup>1</sup>
	NCS-R	ЕСNP/ЕВС	
Посттравматическое стрессовое расстройство	3,5	2,0	9,0 <sup>3</sup>
Зависимость от алкоголя	3,7	3,4	8,7 <sup>4</sup>
Соматоформные расстройства	—	4,9	4,3–11,8

Источники распространенности за год: <sup>1</sup> — исследования PREDICT, MAS, DASMAP; <sup>2</sup> — Olariu E. et al., 2015, <sup>3</sup> — Taubman-Ben-Ari O. et al., 2001, <sup>4</sup> — Rehm J. et al., 2015.

Выявлена тесная связь соматических жалоб с выраженностью тревоги и депрессии, которые могут быть причиной или усилителями симптомов (Gierk V. et al., 2014; Fitzgerald P. et al., 2015). Нередко в практике терапевта встречаются случаи соматических (соматизированных) жалоб, обусловленных психическими нарушениями. Лишь каждый пятый пациент с депрессивными и тревожными расстройствами при беседе с врачом общей практики указывал на психические симптомы, остальные же описывали исключительно соматические жалобы (рис. 1.3, 1.4) (Kirmayer L., Robbins J., 1996).

Среди пациентов врача общей практики в 8—31% случаев имеются множественные симптомы, которые нельзя объяснить соматическими болезнями (Jackson J. et al., 2008; Creed F. et al., 2012).



**Рис. 1.3.** Частые соматические симптомы, вызываемые тревогой

Пациенты с психическими расстройствами чаще посещают врачей, имеют длительный анамнез симптомов, старше, преобладают женщины, испытывают социальный и финансовый стресс, нередко вызывают раздражение и недовольство у врачей (Hanel G. et al., 2009).

В то же время адекватная диагностика и лечение этих пациентов могут значительно улучшить их состояние и уменьшить частоту врачебных посещений и длительность госпитализаций, сократить затраты здравоохранения.

Проблемой установления психического диагноза в соматической клинической картине является отнесение симптомов тревоги и депрессии к проявлениям заболеваний внутренних органов или нормальной реакции на заболевание, что приводит к редкой постановке диагноза психического расстройства.

Что же такое психическое расстройство? Чем оно отличается от частых переживаний по поводу семейных проблем или естественного беспокойства, вызванного соматическим заболеванием? Эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) определили основные признаки психического расстройства.

- Отчетливый психологический дискомфорт или страдание.
- Нарушение способности выполнять определенную работу или учиться.
- Повышение риска смерти, страдания или нарушения деятельности.

Врачу-непсихиатру в первую очередь необходимо исключить у пациента соматическое заболевание, включая стертые и атипичные формы, с помощью соответствующего лабораторного и инструментального обследования.

Наличие психического расстройства часто предполагается по следующим косвенным признакам.

- Клиническая картина болезни не похожа на проявления соматических заболеваний.
- Заболевания внутренних органов отсутствуют или явно не соответствуют выраженности жалоб.
- Больной длительно и без особого эффекта лечил «соматические» заболевания, часто у врачей различных специальностей.

Диагностика психического расстройства, как и соматического заболевания, должна быть позитивной, то есть врач обязан определить основные психические симптомы, их тип и возможные причины. Например, нарушения сна и снижение аппетита часто встречаются при соматическом заболевании, в то время как чувство печали и потеря удовольствия связаны с депрессией. Может быть полезной информация, полученная от членов семьи и друзей, знавших пациента длительное время.

Усложняют диагностику преобладание невыраженных психических расстройств, наличие соматических болезней и стремление пациентов



и врачей-непсихиатров к объяснению любых симптомов соматическим заболеванием.

Диагнозы психических расстройств, установленные врачами непсихиатрических специальностей, в большинстве случаев подтверждаются консультантами психиатрической команды (Marchi M. et al., 2021). Однако вид психического расстройства не всегда совпадал — показана гипердиагностика депрессивных и тревожных расстройств, которые нередко оценивались психиатрами как нейрокогнитивные или адаптационные расстройства (AlSalem M. et al., 2020).

## **Основные психические синдромы**

### **Тревога**

Тревога проявляется различными опасениями, чувством надвигающейся беды, угрозой, настороженностью, неясным беспокойством. Особенностью тревоги является ее обращенность в будущее и диффузный беспредметный характер, в отличие от страха.

Заметим, что тревога является нормальной реакцией на стрессовый фактор и переживается многократно каждым человеком. В то же время следует выделять аномальные тревожные расстройства, когда выраженность психоэмоционального ответа создает дискомфорт для больного или окружающих, мешает полноценно жить и работать.

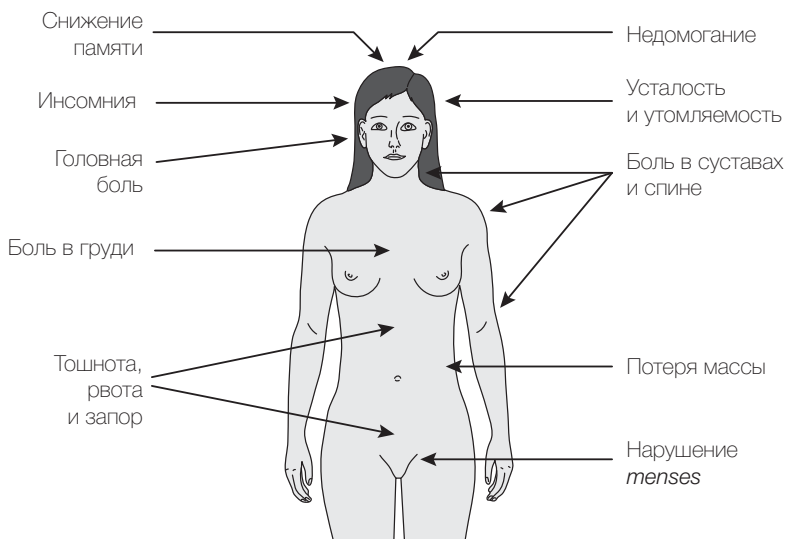
Среди последних наиболее характерны признаки вегетативной дисфункции: сердцебиение, тахикардия, повышение артериального давления (АД), тремор, одышка, приливы жара или холода, потливость, тошнота, дискомфорт в животе, диарея, полиурия. Часто встречаются признаки моторного напряжения: головные боли, дрожь, чувство зажатости и невозможности расслабиться, суетливость, неусидчивость, дискомфорт или боли в мышцах.

Кроме того, пациентов беспокоят ощущение взвинченности или пребывания на грани срыва, повышенная пугливость, трудность концентрации внимания, нарушение засыпания или частые пробуждения, раздражительность или нетерпеливость. Может развиваться ощущение, что предметы нереальны (дереализация) или что собственное «Я» отдалилось или «находится не здесь» (деперсонализация), вторичный страх смерти (танатофобия), страх потери самоконтроля или сумасшествия (лиссофобия, маниофобия) и другие признаки.

### **Депрессия**

При депрессиях различного типа могут встречаться следующие признаки заболевания.

- Пониженное настроение, которое пациенты часто называют грустью, подавленностью, унынием, хандрой, печалью или тоской. У детей и подростков главным проявлением депрессии может быть раздражительность.
- Утрата интереса к повседневной деятельности и способности испытывать удовольствие от деятельности, которая обычно доставляет радость.
- Снижение энергичности, которое может привести к повышенной утомляемости, снижению активности.
- Пессимистическая и критическая оценка собственной личности (например, чувство своей неполноценности и бесполезности, «жизнь не удалась»).
- Пессимистическое и критическое видение окружающего мира (например, все представляется в мрачном свете, люди озабочены лишь своими корыстными интересами).
- Мрачное и пессимистическое видение будущего (например, осознание бессмысленности и бессмысленности жизни).
- Интеллектуальная заторможенность, которая проявляется в медленном течении мыслей или их отсутствии, бедности идей, затруднении в принятии решения (нерешительность).
- Снижение памяти.



**Рис. 1.4.** Частые соматические симптомы, вызываемые депрессией

- Социальная отгороженность.
- Снижение разговорчивости.
- Расстройство сна (ранние утренние пробуждения или повышенная сонливость).
- Внешние проявления: гипомимия, печальное выражение лица, опущенные уголки рта, тусклый взгляд, сдвинутые брови с приподнятыми внутренними краями и опущенными веками (признак Вергаута), направленный вниз взгляд, голос монотонный и «бесцветный», пассивность и паузы в разговоре, замедленные движения, согбенная поза, небрежность в одежде.

Конечно, далеко не все перечисленные признаки имеются у пациента при депрессии. Кроме того, при депрессивном расстройстве стертые (субсиндромальные) формы имеют сходные с клинически выраженной депрессией факторы риска и негативное влияние на качество жизни пациентов (Ayuso-Mateos J. et al., 2010). Такие данные позволяют рассматривать различные типы депрессии в рамках депрессивного континуума.

Сложность диагностики депрессии увеличивается при алекситимии, когда пациент не может описать свое душевное состояние. Например, при легкой депрессии алекситимия встречается в 60—70% случаев. Многие пациенты склонны связывать снижение настроения с имеющимся у них соматическим заболеванием или жизненными трудностями.

Часто жалобы пациентов, описанные врачами-непсихиатрами как общая слабость и недомогание, психиатры определяют как снижение настроения, энергии, утрату интереса к повседневной деятельности и способности испытывать удовольствие — основные признаки депрессии.

Поскольку признаки депрессии могут быть трудноопределяемыми, полезно сравнить самочувствие в настоящее время и до предполагаемого начала депрессии. При целенаправленном расспросе у 33% больных отсутствуют жалобы на снижение настроения, и депрессия осознается ретроспективно в результате лечения. Эффект антидепрессантов также может подтвердить наличие расстройства настроения [«психофармакологический анализ состояния» (Авруцкий Г. Я.)]. Правда, улучшение состояния может быть связано с анальгезией или купированием тревоги.

Пациенты с депрессией нередко скрывают свое заболевание, что мешает получить эффективную помощь и приводит к дискриминации при межличностных отношениях, в работе и образовании (Lasalvia A. et al., 2013).

Нередко депрессия скрывается за соматическими болезнями или является соматизированными симптомами (см. рис. 1.4), особенно часто у лиц пожилого и старческого возраста (Overend K. et al., 2015). Редко пациенты с депрессивным расстройством сообщают врачу о психологи-

ческих проявлениях депрессии, обычно обсуждают только соматические симптомы.

Следует отметить, что в психиатрии под термином «соматические симптомы» подразумевают признаки, характерные для определенной формы депрессивного эпизода (депрессивный эпизод с соматическими симптомами). К таким признакам относят, например, усиление депрессии утром, раннее пробуждение, снижение аппетита и массы тела. Поэтому в книге для обозначения симптомов психических расстройств, похожих на признаки заболеваний внутренних органов, применяется термин «соматизированные симптомы», широко используемый в современной литературе.

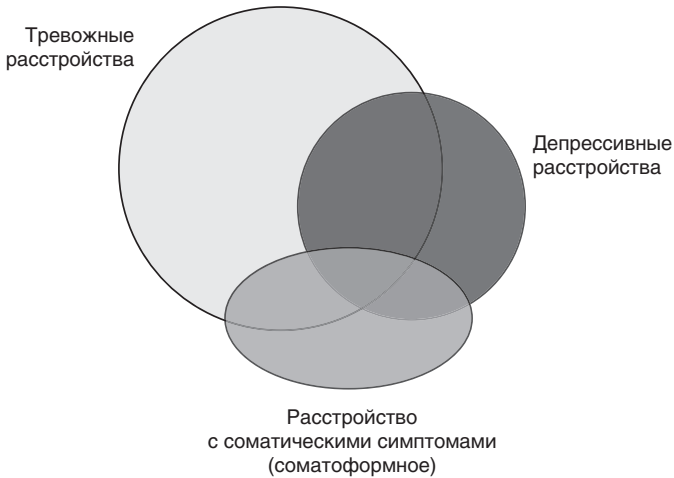
Для случаев, когда соматизированные симптомы появляются вместе с депрессивными и перекрывают или даже скрывают депрессию (обычно депрессивный эпизод), используют термин «соматизированная депрессия». По некоторым данным, соматизированная депрессия составляет от 10 до 30% хронических больных, обращающихся к врачу общей практики (Kielholz P. et al., 1982). Выделяют различные варианты (формы, маски) депрессии с преобладанием вегетативной дисфункции, боли (кардиалгии, абдоминалгии, цефалгии, артралгии, боли в спине), головокружения, кожного зуда.

В соматических лечебных учреждениях чаще всего встречается депрессия, обусловленная стрессом вследствие болезни (нозогенная) (Смулевич А.Б. и др., 2003).

Врачу важно знать, что клинические решения по выбору диагностических и лечебных подходов у пациента с депрессией предпочтительнее принимать врачу без традиционного активного обсуждения позиций и предпочтений пациента (Moise N. et al., 2016).

### **Сочетание тревоги и депрессии**

Тревожные и депрессивные состояния часто встречаются вместе (рис. 1.5). В исследовании NESDA у 67% пациентов с депрессивным расстройством диагностировали коморбидное тревожное расстройство, а у 63% с тревожным расстройством выявили депрессивное расстройство. Метаанализ исследований показал повышение в 6 раз частоты тревожного расстройства у пациентов с депрессивным расстройством (Saha S. et al., 2021). В МКБ-10 выделено отдельно смешанное тревожно-депрессивное расстройство. Американская классификация DSM-5 выделяет депрессивные расстройства (большое, персистирующее) с тревожным дистрессом, который определяется как наличие  $\geq 2$  симптомов тревоги (чувство волнения или напряжения, необычное беспокойство, трудная концентрация, страх возникновения ужасного события, ощущение потери контроля над собой) в течение большинства дней.



**Рис. 1.5.** Взаимосвязи тревожных, депрессивных и соматоформных расстройств

Встречаются различные варианты взаимоотношений депрессивных и тревожных состояний.

- Тревога (приступы паники) появляется перед эпизодом депрессии.
- Симптомы тревоги возникают во время и исчезают после разрешения депрессивного эпизода.
- После панических атак развивается депрессивное состояние как ответ на перенесенное психическое напряжение.

Важно оценить временную последовательность тревожных и депрессивных симптомов для определения первичного расстройства.

Сочетание депрессии и тревоги увеличивает тяжесть состояния пациентов, риск хронизации, снижает эффект лечения и ухудшает прогноз.

Возможно, тревога и депрессия имеют психическую общность. Не случайно антидепрессанты в равной мере эффективны при депрессивных и тревожных расстройствах, а при тревожной депрессии возможен эффект монотерапии транквилизаторами (Benasi G. et al., 2018).

## Психометрические шкалы

В научных исследованиях широко применяются шкалы, позволяющие стандартизировать и количественно оценивать психические симптомы, сопоставлять различные исследования, изучать ответ на лечение (табл. 1.2) (Белялов Ф.И., 2020). Часто для оценки тревоги используют шкалу РНҚ,

Таблица 1.2

**Шкалы для оценки психического состояния**

<b>Психическое состояние</b>	<b>Опросник</b>	<b>Число вопросов</b>
<b>Депрессия</b>	Beck Depression Inventory (BDI)	21/13
	Centre for Epidemiological Studies Depression Scale (CESD)	20/15
	Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)	17–21
	Montgomery–Asberg Depression Rating Scale (MADRS)	10
	Patient Health Questionnaire (PHQ)	9 (2)
	Zung Self-Rating Depression Scale (ZSDS)	20
<b>Тревога</b>	Generalized Anxiety Disorder (GAD)	7 (2)
	Panic Disorder Severity Scale (PDSS)	7
	Zung Self-Rating Anxiety Scale (ZSAS)	20
<b>Психические расстройства</b>	General Health Questionnaire (GHQ-12)	12
	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	14

для генерализованой тревоги — шкалу GAD, которые хорошо валидизированы. Частое сочетание психических симптомов и расстройств, трудности их разграничения, а также необходимость интегральной оценки психических дисфункций обусловили необходимость разработки единых шкал, из которых чаще применяется шкала GHQ-12.

При многих заболеваниях психометрические тесты остаются достаточно информативным методом скрининга. Вместе с тем частота выявляемых симптомов и болезней обычно значительно выше, чем определяемая врачом с помощью диагностических критериев и протоколов.

Пациенты, которые имеют нарушения по данным психометрических тестов, нуждаются в более тщательном клиническом обследовании с привлечением при необходимости консультантов.

Важно учитывать, что в шкалах симптомы соматических заболеваний могут интерпретироваться как отражение психического расстройства (Warmenhoven F. et al., 2013). Например, у пациентов с гастроинтестинальной симптоматикой тест HADS, разработанный для пациентов с соматическими заболеваниями, предпочтительнее шкалы депрессии Бека, так как последняя включает симптомы (боли, расстройство желудка, запоры, изменение аппетита), которые могут быть проявлением заболеваний пищеварительного тракта.

Применение шкал в клинической практике не является обязательным и необходимым. Обычно врач в процессе клинического опроса оценивает психические отклонения и при необходимости уточняет наличие определенного психического расстройства, например генерализованной тревоги, паники, эпизода депрессии.

Нередко при очевидном психическом расстройстве тест не показывает существенного отклонения, что подтверждается оценкой чувствительности, которая для популярных шкал тревоги и депрессии составляет 70–85%. Это связано как с ограниченностью самого теста, так и с отношением пациента к тестированию.

Необходимо подчеркнуть, что результаты тестирования не являются клиническим диагнозом и соответственно не позволяют выбрать лечебную программу. Они оценивают вероятность наличия в группе пациентов того или иного психического синдрома либо расстройства.

В проспективном наблюдении за пациентами соматической университетской клиники депрессия по шкале PHQ-9 выявлена у 26% пациентов, из которых только у 59% диагностировано депрессивное расстройство (Martin-Subero M. et al., 2017).

Кроме того, шкала PHQ-9 оказалась недостаточно надежной для оценки риска суицида у пациентов, госпитализированных в соматические и хирургические стационары (Mournet A. et al., 2021).

Метаанализ исследований, сравнивающий субшкалу HADS-D со стандартными критериями депрессивного эпизода, показал, что при пороге  $\geq 8$  баллов распространенность депрессии оказалась почти в 2 раза выше (24,5 против 11,6%), а если использовать порог  $\geq 11$  баллов, то распространенность депрессии близка (10,7%), однако гетерогенность оценок в одном исследовании достигала 20% (Brehaut E. et al., 2020). Таким образом, шкалы не способны заменить диагностическое интервью с использованием традиционных критериев психического расстройства (МКБ, DSM).

Для быстрой оценки депрессии и тревоги риска разработаны варианты шкал с двумя критериями.

- *Тревога (GAD-2).*
  - Нервозность, беспокойство или ощущение на грани срыва.
  - Неспособность успокоиться или контролировать волнение.
- *Депрессия (PHQ-2).*
  - Снижение интереса или чувства удовольствия.
  - Плохое настроение, подавленность или чувство безысходности.

Хотя показано приемлемое разграничение депрессии и тревоги сокращенными шкалами, невысокая специфичность ограничивает их возможности (Staples L. et al., 2019; метаанализы Tsoi K. et al., 2017

и Mitchell A. et al., 2016). В практической работе удобно пользоваться программами для мобильных устройств. Автором разработана популярная в нашей стране и за рубежом программа «КардиоЭксперт» для устройств с операционной системой Android, включающая диагностические шкалы для оценки психического состояния и выбор психотропных препаратов у пациентов с соматическими болезнями.

## **Соматические симптомы**

Пациент обычно обращается к врачу, когда неприятные ощущения существенно мешают жить и работать. Вместе с тем во многих случаях при объективном исследовании поражения органов, объясняющих происхождение симптомов, не находят. Например, среди пациентов врачей общей практики органическая природа симптомов при 3-летнем наблюдении была подтверждена лишь в 16% случаев (рис. 1.6). Наиболее распространены необъяснимые мышечные боли, усталость, головные боли, кардиалгии, абдоминальные симптомы.

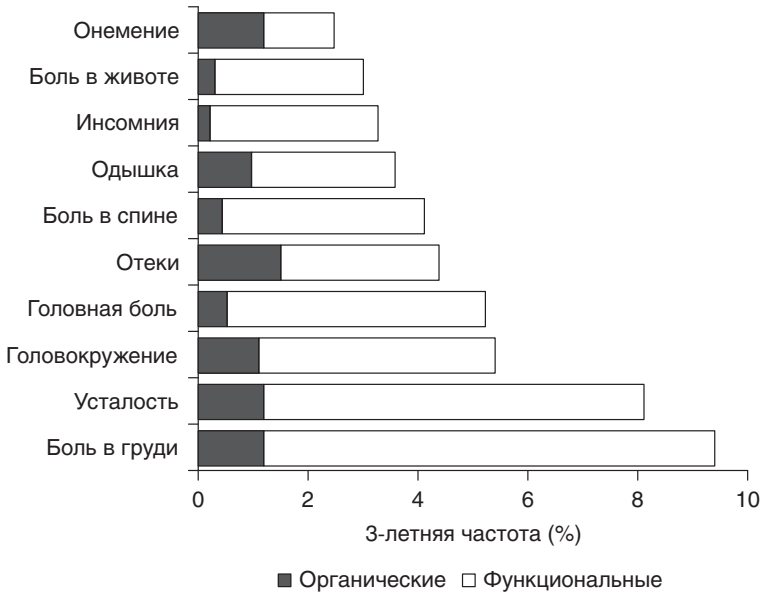
В целом около 20–25% пациентов врачей общей практики, преимущественно женщины (60–80%), предъявляют жалобы, не связанные с соматическим заболеванием (Steinbrecher N. et al., 2011, Baitha U. et al., 2019). При углубленном обследовании только у 9% пациентов с неясными/функциональными симптомами выявляют структурные повреждения (Eikelboom E. et al., 2016). При этом неясные соматические симптомы снижают качество жизни и трудоспособность аналогично известным соматическим болезням (Joustra M. et al., 2015).

Типология неясных соматических симптомов представлена на рис. 1.7. Многие повторяющиеся и/или длительно сохраняющиеся необъяснимые желудочно-кишечные симптомы связаны с нарушением моторики и рассматриваются в рамках функциональных заболеваний.

Значительная часть неясных соматических симптомов обусловлена психическими расстройствами. Например, в исследовании R. Smith и соавт. (2005) у 60% пациентов с медицински не объяснимыми симптомами определили диагноз психиатрического несоматоформного заболевания, из которых у 45% пациентов — тревожное расстройство, у 46% — депрессивное расстройство. В то время как диагноз соматоформного расстройства установили лишь у 23% пациентов.

В последней американской классификации DSM-5 было выделено расстройство с соматическими симптомами взамен соматоформного расстройства. Позитивная диагностика основана на наличии дистресса, вызванного симптомами, а также аномальными мыслями, чувствами и поведением в ответ на эти симптомы.





**Рис. 1.6.** Трехлетняя частота 10 симптомов у амбулаторных пациентов и доля «органических» причин (Kroenke K., Swindle R., 1989)



**Рис. 1.7.** Структура необъяснимых симптомов

Около 80% пациентов с депрессией и тревогой, посещающих врачей общей практики, вначале предъявляют исключительно соматические жалобы.

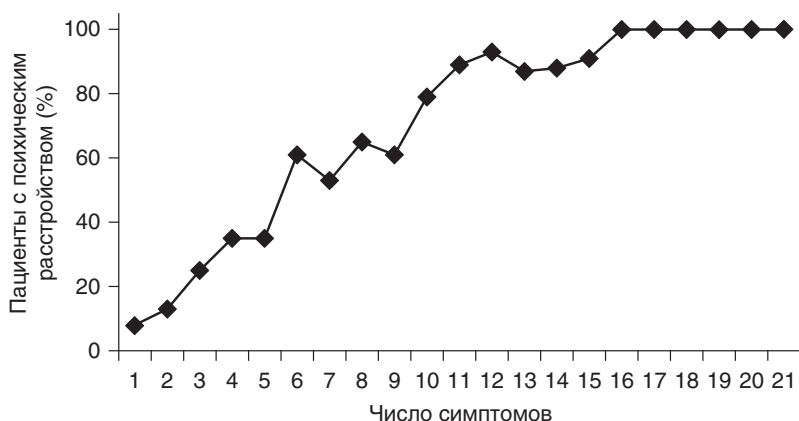
Заподозрить соматизированные (вызванные психическим расстройством) симптомы можно по следующим признакам.

- Несоответствие данным объективного исследования.
- Необычный характер.
- Многочисленность симптомов.
- Яркая эмоциональная окраска.
- Несоответствие локализации рецепторных зон.
- «Летучесть» или выраженная стойкость.
- Нет связи с традиционными провоцирующими факторами.
- Неэффективность соматотропного лечения.

Важным признаком психического расстройства являются множественные соматизированные симптомы (рис. 1.8). Прием нескольких лекарственных препаратов, способствующий неблагоприятным реакциям, ассоциируется с наличием депрессии (Qato D. et al., 2018).

Для уточнения связей психического состояния и соматических симптомов важное значение имеет оценка субъективной картины и анамнеза с оценкой временных соотношений. Например, если непосредственно до появления соматических симптомов имел место сильный стресс или возникли симптомы депрессии, то следует тщательно оценить возможность психической природы соматических симптомов.

Одним из механизмов соматизированных или необъяснимых симптомов считают соматосенсорное усиление (somatosensory amplification), включающее телесную гиперчувствительность, фокусировку на слабых ощущениях и когнитивно-эмоциональную реакцию (Köteles F. et al., 2017, рис. 1.9). Тревога и депрессия усиливают восприятие более разных локализаций (головная, плечо, спина) (Williams L. et al., 2012).



**Рис. 1.8.** Зависимость числа соматических симптомов и частоты психических расстройств (Kroenke K. et al., 1994)

Большая тяжесть депрессии связана с увеличением частоты соматических симптомов и связанным с ними нарушением трудоспособности (García-Camprayo J. et al., 2008).

Соматические заболевания также могут влиять на выраженность неприятных ощущений. Например, у пациентов с ревматоидным артритом более выраженное воспаление повышает чувствительность к боли (Lee Y. et al., 2018). В то же время часто имеется лишь слабая связь между выраженностью соматических симптомов и объективными данными дисфункции органа — тяжести одышки и степени снижения сократимости миокарда или показателей бронхиальной обструкции, боли и степени воспаления и повреждения суставов.

Алекситимия — неспособность к осознанию, выражению и описанию душевных переживаний — ассоциируется с появлением соматизированных симптомов независимо от социодемографических факторов, соматических заболеваний, тревоги и депрессии (Mattila A. et al., 2008).

Для лечения необъяснимых симптомов используют психотерапию, эффективность которой ниже при наличии коморбидных тревожных и депрессивных расстройств (Sarter L. et al., 2021).

Рассмотрим психосоматические связи при нескольких часто встречающихся в медицинской практике симптомах.

*Сердцебиение* в 34—57% случаев не связано с нарушениями сердечного ритма (Barsky A. et al., 1996). Кардиальная причина сердцебиений определяется лишь в 43% случаев, а одну треть составляют психические расстройства, преимущественно тревожные (Weber B., Karoor W., 1996; Barsky A. et al., 1999).

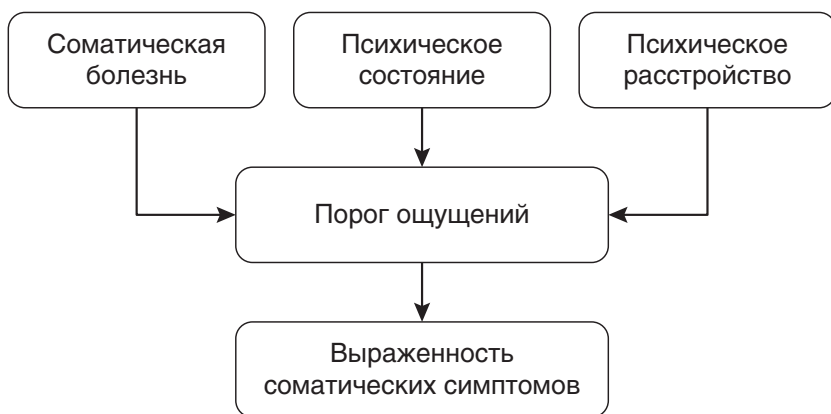


Рис. 1.9. Факторы, влияющие на выраженность соматических симптомов

Трудности клинической диагностики сердцебиений связаны с тем, что у 67% пациентов с реципрокными суправентрикулярными тахикардиями клиническая картина соответствует критериям панического расстройства (Lessmeier T. et al., 1997). Сердцебиения психосоматической природы отличаются развитием в молодом возрасте, большей интенсивностью и степенью нарушения работоспособности, озабоченностью здоровьем, длительностью >15 мин, дополнительной симптоматикой (Barsky A. et al., 1999). Для тревожных состояний характерны ощущения сердцебиения при синусовом ритме (сильные удары сердца при учащении ритма до 100–120 в минуту) и экстрасистолии (замирания, паузы, сильные удары) с предшествующими или одновременными симптомами тревоги. При пароксизмальных тахиаритмиях обычно наблюдаются внезапные эпизоды частого (>140 в минуту) сердцебиения с последующим появлением тревоги. В этих случаях важно определиться с приоритетным направлением терапии (рис. 1.10).

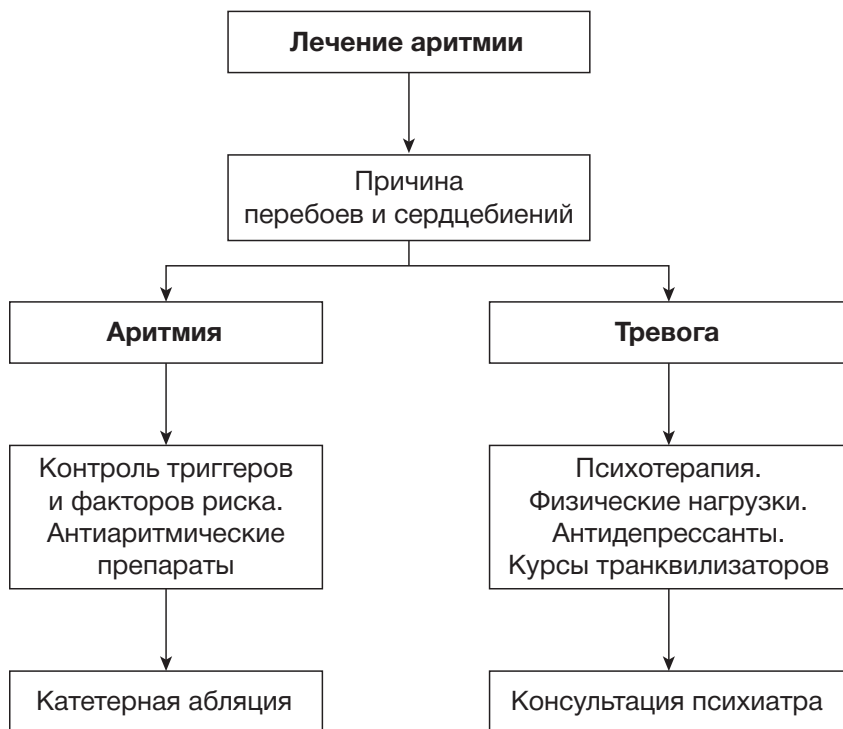


Рис. 1.10. Выбор лечения у пациентов с перебоями и сердцебиением