

ВОСТОЧНО-ЕВРОПЕЙСКАЯ АКАДЕМИЯ ПСИХОТЕРАПИИ
Исследовательский центр консультативной психиатрии и
психотерапии
им. Принца А.П. Ольденбургского

О.Г. Сыропятов, Н.А. Дзеружинская,
С.С. Яновский, О.П. Яновская

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЬ КАК ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

2005

**Ольга Петровна Яновская
Олег Геннадьевич Сыропятов
Сергей Степанович Яновский
Наталья Александровна Дзеружинская**

**Хроническая боль как
психосоматическая проблема**

Текст предоставлен правообладателем

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=3140115

*Хроническая боль как психосоматическая проблема /О.Г. Сыропятов,
Н.А Дзеружинская., С.С. Яновский, О.П. Яновская: Наук. Світ; Київ;
2005*

ISBN 966-675-341-3

Аннотация

Пособие предназначено для психиатров и врачей общей медицинской практики – интернистов. В пособии представлена клиника, дифференциальная диагностика и лечение соматоформного болевого расстройства в сопоставлении с алгическими синдромами другой этиологии. Книга может служить учебным пособием по программам подготовки психиатров по консультативной психиатрии и врачей общей практики по психиатрии.

Содержание

Введение в проблему психосоматических расстройств	4
Глава 1. Клинические критерии хронического соматоформного болевого расстройства	17
Конец ознакомительного фрагмента.	22

**Олег Геннадьевич
Сыропятов, Наталия
Александровна
Дзеружинская, С. С.
Яновский, О. П. Яновская**
**Хроническая боль как
психосоматическая
проблема**

*Авторы посвящают свой труд памяти
латвийского психиатра – профессора
И.Р. Эглитиса – автора первого
отечественного учебника по психиатрии
для врачей общей медицинской практики.*

**Введение в проблему
психосоматических расстройств**

Современная психиатрия характеризуется приближением

к терапевтической клинике и дестигматизацией психически больных. В последнее время в психиатрической литературе опубликованы данные, свидетельствующие о росте удельного веса психосоматических расстройств в общей структуре психиатрической заболеваемости [1,2,3]. Психосоматические расстройства выявляются у 53,6 % пациентов больниц общего профиля [1]. Определение истинной распространенности психосоматических расстройств в популяции затруднено из-за отсутствия четких критериев диагностики и определения круга алгических состояний, с которыми требуется проведение дифференциальной диагностики. А.Б. Смуглевич с соавт. [1] выделяет 4 типа состояний, отражающих структуру психосоматических соотношений:

- **соматизированные психические реакции (соматоформные реакции)**, формирующиеся без участия соматической патологии в рамках образований невротического либо конституционального регистра (неврозы, невропатии);

- **психогенные реакции (нозогении)**, возникающие в связи с соматическим заболеванием (последнее выступает в качестве психотравмирующего события) и относящиеся к группе реактивных состояний;

- **реакции по типу симптоматической лабильности** — психогенно провоцированная, связанная с констелляцией социальных и ситуационных факторов манифестация либо экзацербация проявлений соматического заболевания (психосоматические заболевания в традиционном, узком пони-

мании термина);

- **реакции экзогенного типа (соматогении)**, манифестирующие вследствие воздействия соматической вредности (реализируемые на патогенетической основе) и относящиеся к категории симптоматических психозов.

Таким образом, в отечественной психиатрии сформировалось следующее определение: ***психосоматические расстройства** – группа болезненных состояний, возникающих на основе взаимодействия психических и соматических факторов и проявляющихся соматизацией психических нарушений, психическими расстройствами, отражающими реакцию на соматическое заболевание, или развитием соматической патологии под влиянием психогенных факторов [3].*

Психосоматические концепции

- **Теория специфичности.** Согласно этой теории, определенные психосоматические заболевания возникают как результат воздействия специфических стрессов либо как следствие психологической предрасположенности пациента. Основой теории специфичности послужили работы F.Dunbar и F. Alexander. F.Dunbar описала черты личности, специфичные для психосоматических расстройств. Например, личность типа А – жестокая, агрессивная, раздражительная, подвержена коронарным заболеваниям. F.Alexander описал бессознательные, вызывающие тревогу конфликты,

сопровождаемые вегетативными дисфункциями. Они служат причиной достаточно специфических расстройств. Например, подавление отрицательных эмоций, связанных с зависимым положением, способно вызвать пептическую язву.

- **Неспецифическая теория.** Согласно этой теории, любой длительный стресс может вызвать физиологические изменения, приводящие к соматическому расстройству. У каждого человека есть свой «шоковый орган», который генетически восприимчив к стрессу. У одних это сердце, у других – желудочно-кишечный тракт, у третьих – кожа. Лица с депрессивными или тревожными расстройствами более восприимчивы к соматическому или психосоматическому заболеванию.

- **Теория общего адаптационного синдрома.** Г. Селье описал общий адаптационный синдром, который является суммой неспецифических системных реакций организма и возникает вследствие длительного стресса. Система гипоталамус-гипофиз-надпочечники реагирует на стресс чрезмерной секрецией кортизола, что вызывает структурные изменения в различных системах организма.

- **Теория нервизма.** Согласно теории нервизма И.П. Павлова и его последователей, нарушения кортикальных функций рассматриваются как причина развития висцеральной патологии. По мнению некоторых авторов, влияние коры больших полушарий на внутренние органы опосредуется лимбико-ретикулярной, вегетативной и эндокринной систе-

мами.

• **Теория «реципроктных соотношений».** По мнению N.Sarajlić с соавторами, возникновение соматического заболевания является следствием активации защитных механизмов «психосоматической субдекомпенсации», позволяющих больному избежать разрешения недостаточно проработанного внутреннего конфликта в сфере межличностных отношений.

• **Теория взаимодействия соматических и психических составляющих.** Согласно теории, разработанной в научном центре психического здоровья РАМН (Смулевич А.Б. с соавт.[1]), формирование системы психосоматических соотношений рассматривается не в аспекте одностороннего влияния психических или соматических факторов, а с учетом их взаимодействия. Интеракция психических и соматических факторов на клиническом уровне может не только проявляться в рамках патологических реакций на болезнь, но и сказываться в девиациях клинической картины соматического заболевания.

• **Холистические теории.** Холистический подход, который характерен для восточного медицинского мировоззрения и гомеопатии, подразумевает болезнь как нарушение равновесия, при котором психические или соматические расстройства проявляются в зависимости от стадии и формы заболевания. Противопоставление психического и соматического исключается.

Болевые расстройства занимают особое место среди психосоматических расстройств. Практически у всех больных с хронической болью отмечаются те или иные психопатологические нарушения, прежде всего, тревожная и депрессивная симптоматика. Эпидемиологические исследования, проведенные в центрах по изучению боли в США, показывают, что у 20–70 % больных не удастся выявить органического субстрата боли [59]. Исследования феномена боли в последние годы показали, что ощущение боли является чрезвычайно сложным и многоуровневым по механизму психогенеза феноменом. Боль, имея определенную локализацию, имеет одновременно и «надорганый характер». Ориентация врача на поиск лишь материального субстрата заболевания без учета психосоматического единства конкретного пациента суживает диагностический подход врача, не позволяя ему понимать и видеть возможные пути терапии [9]. Боль относится к сфере восприятия и, как таковая, является одним из компонентов психического состояния. Боль – наиболее распространенный симптом среди тех, на которые жалуются больные: от 50 до 95 % пациентов обращаются к врачам общей практики главным образом по этому поводу. Часто в подобных случаях поставить диагноз не удастся: приблизительно у половины таких больных, обращающихся к невропатологам, кардиологам и гастроэнтерологам, даже после тщательных исследований так и не удастся обнаружить при-

знаки органической патологии. Около 60 % пациентов с психическими заболеваниями также жалуются на боль. Представляется вероятным, что боль связана с психическими заболеваниями в той же мере, что и с соматическими, и особенно часто проявляется при аффективных расстройствах. Однако боль, как симптом, неспецифична. Диагноз строится на основании характера имеющихся симптомов, взятых в совокупности.

Патогенез болевого синдрома

В формировании боли участвуют рецепторы боли, проводники боли и центральные механизмы болевой интеграции, что в целом составляет **ноцицептивную систему**. Истоками болевых ощущений является возбуждение неинкапсулированных нервных окончаний, которые по своим физиологическим свойствам являются хеморецепторами. Уровень порога возбудимости нервных окончаний зависит от регулирующего влияния симпатического отдела вегетативной нервной системы.

Проводники ноцицептивных раздражений включают в себя нервные волокна и спиноталамический тракт, по которому возбуждение достигает зрительного бугра и нейронов специфических ядер. Существует система контроля афферентного потока на входе за счет механизмов обратной связи. Эти механизмы регулируют приток импульсов к клеткам

задних рогов спинного мозга.

Центральные механизмы болевой интеграции осуществляются ретикулярной формацией, лимбической системой и таламусом. В таламусе прошедшее возбуждение, вызванное ноцицептивным раздражением на периферии, приобретает характер ощущения в форме неприятного, тягостного чувства, иногда характеризующегося как «страх смерти». На уровне сенсомоторной зоны головного мозга это чувство приобретает тонкие специфические оттенки и проецируется на ту или иную часть тела.

Согласно теории синтетического и многофакторного возникновения и восприятия боли, передача и восприятие болевых сигналов с периферии зависят не только от стимула или степени раздражения рецепторов, но и от функционального состояния воспринимающих центров и эмоциональной сферы. Биологически активный порог болевой чувствительности, по современным представлениям, зависит от взаимодействия функций ноцицептивной и антиноцицептивной систем в организме. К **антиноцицептивной системе** относятся опиатный, серотонинергический и дофаминергические механизмы, функционирующие во взаимодействии. Опиатный механизм, представленный эндорфинами и энкефалинами, играет ведущую роль в формировании болевой чувствительности. Серотонин в качестве медиатора синаптической передачи нервного импульса участвует в регуляции восприятия боли и в патогенезе депрессии. Дофамин яв-

ляется одним из передатчиков возбуждения в синапсах центральной нервной системы. Одна из важнейших функций дофамина – понижение болевой чувствительности.

Существует три варианта формирования боли: 1) за счет напряженности ноцицептивной системы при нормальном состоянии антиноцицептивных механизмов; 2) при умеренном напряжении ноцицептивной системы боль значительна за счет понижения активности антиноцицептивных механизмов и увеличения болевой чувствительности; 3) боль формируется исключительно вследствие резкого снижения активности антиноцицептивных систем и резкого повышения болевой чувствительности.

Гольдберг Д., Бенджамин С., Крид Ф. [28] приводят следующие психологические механизмы, связанные с болью.

- Широко распространена боль как составляющая физиологического аффекта тревоги. Повышенное мышечное напряжение, как считают, приводит к «головной боли напряжения», усиленная перистальтика кишечника может переживаться как боль в животе; при учащенном сердцебиении нередко возникает ощущение боли в грудной клетке.

- Часто боль ощущается в том месте, где есть или была незначительная органическая патология, которая раньше не причиняла человеку беспокойства и стала фокусом внимания лишь тогда, когда у него возникла тревога или развилось депрессивное настроение.

- При депрессии и тревоге снижается толерантность к бо-

ли независимо от ее происхождения.

- Соматизация часто проявляется в виде боли; она может также возникать в результате действия других механизмов психологической защиты, например интроекции. Боль – чрезвычайно распространенное явление при тревожных состояниях, депрессивных расстройствах, патологической реакции горя.

- Осознание боли становится более интенсивным, а связанные с ней формы неадекватного реагирования чаще проявляются при наличии подкрепления со стороны окружающих, которые более позитивно реагируют на больного, когда он демонстрирует такие формы поведения.

Хроническую боль, которая удерживается не менее шести месяцев, могут испытывать больные с самыми разными соматическими и психическими расстройствами, круг которых чрезвычайно широк. Противопоставление «органической» и «психогенной» боли методологически неправильно. В обосновании этого положения можно выделить два аргумента: 1) часто у одного и того же больного определенную роль играют и органические, и психологические факторы; 2) боль является прежде всего субъективным переживанием, и если человек ее испытывает, то она всегда реальна, каково бы ни было ее происхождение [28].

Недостаточные знания о психологической составляющей хронической боли приводит к злоупотреблению лекарственными препаратами, которые имеют значительные побочные

эффекты или вызывают привыкание. Актуальной клинической проблемой является дифференцированный подход к лечению пациентов с различными видами боли.

Психосоматическая медицина и модели оказания медицинской помощи

Психиатр, работающий в системе консультация-взаимодействие, выступает в качестве консультанта других врачей (не психиатров). Однако, ограниченность информационных и профессиональных контактов между врачами общемедицинских учреждений и психиатрических клиник, базирующихся на «классической» модели оказания психиатрической помощи, затрудняет взаимодействие специалистов для блага пациента. Проблема стигматизации пациента с психиатрическим диагнозом объясняет упорное нежелание пациента с психосоматическими расстройствами обращаться к психиатру и предпочтение лечения у врача-интерниста. Подготовка интернистов по психиатрии не соответствует клиническим реалиям и практике. Следует отметить, что существующие организационные модели консультативной психиатрии не обеспечивают оказания помощи всем нуждающимся больным с психосоматическими расстройствами. Согласно теории «фильтров» оказания психиатрической помощи [6] создается лишь структура, которая нуждается в наполнении содержанием. Для восполнения недостающего содержа-

ния требуется изменение всей системы вузовской и последипломной подготовки врачей общей практики по психиатрии. Их информированность даст возможность оказания более эффективной помощи пациентам в соответствии с принципами консультация-взаимодействие. Перед консультацией психиатра пациент должен быть информирован об этом своим лечащим врачом. Фиксируя свое мнение в истории болезни, психиатр должен четко сформулировать диагноз и рекомендуемое лечение, оговорив специально кем оно будет проводиться. План лечения обсуждается с лечащим врачом с учетом возможного взаимодействия и побочных эффектов назначаемых лекарств. При этом психиатр должен быть уверен, что его рекомендации вполне осуществимы и приемлемы, а также, что его рекомендации понятны интернистам. Психиатр должен оставить лечащему врачу и пациенту (или родственникам пациента) свой контактный телефон, если в дальнейшем вновь понадобится его помощь. При назначении психотропных препаратов необходимо учитывать возможное влияние физического состояния больного на их метаболизм и экскрецию, а также обращать внимание на вероятное взаимодействие с другими лекарствами, предписанными пациенту интернистами. Наш опыт свидетельствует о том, что при оказании психиатрической помощи в условиях общемедицинской практики предпочтительно назначение гомеопатических и фитопрепаратов. Особо важным аспектом является объективная оценка реальности обеспече-

ния в данном общемедицинском отделении надежного надзора, если речь идет о пациенте, представляющем опасность для себя или окружающих (депрессия с суицидальными тенденциями, ипохондрический бред, расстройства сознания и т. п.) [29].

Глава 1. Клинические критерии хронического соматоформного болевого расстройства

Хроническое соматоформное болевое расстройство характеризуется стойкими мономорфными патологическими ощущениями – идиопатическими алгиями, которые с самого начала неизменны по локализации, интенсивности и не сопровождаются сколь-либо выраженными неврологической и психовегетативной симптоматикой. Типичен мучительный оттенок болей, отражающий особую, не свойственную конверсионным и другим психоалгическим феноменам чувственную насыщенность ощущений. Характерна также четкая проекция по отношению к отдельным органам и анатомическим образованиям. Появление их чаще всего спонтанно, а длительность таких состояний отражает стойкость болезненных явлений и составляет от нескольких месяцев до нескольких лет [3]. Поведение пациентов ипохондрическое с частыми обращениями к интернистам. Нередко на этом фоне возникает злоупотребление алкоголем или наркотиками. Из депрессивных симптомов более характерны не суточная ритмика, снижение веса и психомоторная заторможенность, а ангедония, снижение либидо, нарушения сна и раздражительность. У пациенток с психогенными болями в

области живота наблюдается повышенная представленность конфликтов, связанных с генеративной функцией. Другими диагностическими категориями, включенными в описываемую группу расстройств, являются *психалгия; психогенная боль в спине; психогенная головная боль; соматоформное болевое расстройство*.

Для диагностики **хронического соматоформного болевого расстройства F45.5 в соответствии с МКБ-10** состояние должно соответствовать следующим признакам: 1) длящаяся не менее 6 месяцев в течение большинства дней тяжелая боль в какой-либо области тела при отсутствии какого-то физиологического процесса или соматического нарушения, которые могли бы эту боль объяснить. Боль постоянно находится в фокусе внимания пациента; 2) расстройство не выступает в рамках заболеваний шизофренного, аффективного круга или других соматоформных нарушений [5,7].

В работе Р. Кечура [8] предложена новая типология соматоформных болевых расстройств с учетом их синдромальной квалификации и личностных особенностей пациентов, которая включает соответственно разделение хронических психогенных болей на две группы: а) истерические (соматизированные); б) навязчивые (диагностируемые в рубрике «хроническое соматоформное болевое расстройство»). Автором впервые, помимо obsessions, phobias, rituals and compulsions, выделен навязчивый феномен в телесной сфере, ко-

торый определен терминологически как «телесные болевые навязчивости».

Таблица 1. – Феноменологические характеристики двух типов соматоформных болей

Признак	Конверсионные	Идиопатические боли
1. Локализация	Мигрирующая, нечеткая – смена границ и глубины боли	Четкая, фиксированная
2. Характер	Изменчивый, как по интенсивности, так и по описываемым характеристикам	Однообразный, персестирующий
3. Сопровождающая невротическая симптоматика	Конверсионная (истерическая)	Как правило, круга навязчивостей, включая обсессии с ритуалами
4. Фоновая структура личности	Истерического круга (истерическая, нарцисстическая, истерофобическая)	Тревожно-психастеническая, ананкастная, сензитивно-пизоидная
5. Субъективное отношение	Переживается непосредственно, плохо вербализуются и представляются в виде изменчивых жалоб	Переживаются односторонне, хорошо вербализуются, представляются в виде одной неизменной жалобы
6. Связь с рефлексией	«Отмежованность» от рефлексии	Тесная связь с рефлексией

Боль может служить **симптомом защиты** при психологическом дистрессе. Под давлением психологических причин человек фиксируется на соматических ощущениях, и тогда даже нормальные ощущения усиливаются до хронической боли. Хроническая боль может быть способом избавления от социально-психологических конфликтов. Духовные предпочтения субъекта оказывают влияние на то, каким образом он выражает свою боль. Итак, боль это многофакторный феномен, включающий в себя множество биопсихологических переменных.

Феноменология боли и сходных с болью расстройств

Организм непрерывно соприкасается с внешней средой и подвергается действию различных раздражителей: механических, химических, температурных и др. В коже и наружных слизистых оболочках, мышцах, сухожилиях, связках, суставах содержится большое количество нервных образований, представляющих собой дистальные участки дендритов клеток спинальных ганглиев. Эти концевые аппараты дендритов являются рецепторами, воспринимающими энергию раздражения и трансформирующими ее в процесс нервного возбуждения.

Под влиянием механических, химических или других агентов мембрана рецептора подвергается деполяризации, сопровождающейся возникновением так называемого генераторного потенциала. При достижении определенного уровня генераторного потенциала возникает разряд потенциалов действия, распространяющихся по нервному волокну в центральные отделы нервной системы. Здесь вступает в действие огромный комплекс корковых нервных клеток, и нервный процесс «входит в поле сознания», в результате чего возникает ощущение. Однако, нельзя рассматривать чувствительную систему, как пассивно передающую в центростремительном направлении. В действительности она

представляет собой сложный комплекс с множественными фугально-петальными связями, распространением импульсов по круговым путям, активным воздействием на потоки афферентных импульсов и постоянной регуляцией степени возбудимости различных уровней чувствительной системы через тормозящие и облегчающие влияния. Ощущения организма в целом являются следствием очень сложной переработки поступающей от рецепторов информации в мозге и в значительной степени определяются активностью последнего.

Неврологами выделяются следующие виды чувствительности. **Поверхностная или экстероцептивная чувствительность** представлена болевой, тепловой, холодовой, тактильной. **К глубокой (проприоцептивной) чувствительности** относятся мышечно-суставное чувство, вибрационное, чувство давления, двумерно-пространственное чувство и др. **Интероцептивной чувствительностью**

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.