

процента утраты трудоспособности и/или группы инвалидности. МСЭ может определить 10%, 20%, 30% или – максимально без группы инвалидности – 40% утраты трудоспособности с трудоустройством вне контакта с профвредностями. Больным с выраженными функциональными нарушениями, ограничивающими трудоспособность и жизнедеятельность, определяется III или даже II группа инвалидности.

Приведенные данные помогут врачу общей практики в его работе по обслуживанию рабочих промышленных и сельскохозяйственных предприятий.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В РАБОТЕ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Е.Г. Старостина
ФУВ МОНИКИ

Психосоматические расстройства (ПСР) – это группа заболеваний, возникающих под влиянием психического стресса и эмоциональных переживаний, клиническая картина и течение которых характеризуются сочетанием психопатологической и соматической (телесно-органной) симптоматики с явным преобладанием последней. В связи с этим, больные с ПСР обращаются к врачам различных соматических специальностей и получают терапию по поводу соматических заболеваний, направленную на коррекцию физиологических функций и симптомов. Однако поскольку психопатологическая симптоматика, как правило, остается не выявленной, лечение оказывается недостаточно или совсем не эффективным. Врачи-соматологи интуитивно чувствуют, что проблемы подобных пациентов имеют психологические, психоэмоциональные «корни», однако в большинстве случаев они не обладают достаточной подготовкой для диагностики и лечения этих состояний. Одновременно такие пациенты, в силу понятных причин, довольно редко обращаются за психиатрической помощью. Если же они и попадают в поле зрения психиатров, последние, в отсутствие специальной подготовки по ПСР, чаще ограничиваются назначением стандартных схем медикаментозной психотропной терапии, которая сама по себе не в состоянии решить проблему ПСР. Таким образом, при существующей системе оказания медицинской помощи пациенты с ПСР пополняют ряды больных, которые, с одной стороны, правомерно недовольны результатами лечения, а с другой – являются вечной «головной болью» для врачей соматических специальностей и одним из источников их неудовлетворенности своей работой.

Все сказанное обуславливает актуальность проблемы ПСР и необходимость углубления образования врачей общей практики в этой области медицины. С методологической точки зрения, психосоматическое направление в медицине строится на принципе единства психического и соматического в генезе практически любых

заболеваний и отражает необходимость целостного, холистического подхода к лечению и профилактике.

Некоторые отечественные авторы расширительно трактуют понятие ПСР, включая в него и симптоматические психозы, и реактивные психические расстройства, развивающиеся в ответ на соматическое заболевание. Другая крайность – сужение спектра ПСР только до «собственно ПСР», как нам представляется, также не вполне оправдана, поскольку при этом непонятными для врачей соматических специальностей остаются многочисленные категории «трудных» пациентов, о которых говорилось выше. По этой причине в целях настоящей публикации мы будем придерживаться довольно распространенного понимания ПСР как соматических нарушений без однозначного органического субстрата, возникающих или обостряющихся под воздействием психических факторов. Условная классификация ПСР представлена в таблице.

Классификация психосоматических расстройств

Группа психосоматических расстройств	Примеры заболеваний, состояний, синдромов
1. Соматоформные расстройства	Соматизированное расстройство, ипохондрическое расстройство, соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы, хроническое соматоформное болевое расстройство и др.
2. Псевдосоматические нарушения	Соматические симптомы при депрессивных и тревожных расстройствах Конверсионные расстройства (по старой классификации – некоторые формы истерического невроза)
3. Соматические заболевания с существенным психогенным этиологическим компонентом (собственно ПСР)	Бронхиальная астма, гипервентиляционный синдром, ишемическая болезнь сердца, эссенциальная гипертония, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, синдром раздраженной толстой кишки, неспецифический язвенный колит, гипер- и гипотиреоз, сахарный диабет, ожирение, нервная булимия и нервная анорексия, зудящие дерматозы (крапивница, нейродермит, псориаз и др.), некоторые формы головной боли, артритов, «боль в спине» и т.д.

Прежде чем охарактеризовать каждую из названных в таблице групп ПСР, кратко остановимся на концептуальной стороне развития психосоматической медицины. Изучение взаимосвязей между психическими и соматическими нарушениями началось еще в XIX в. В развитие психосоматического направления медицины внесли вклад как биологически, так и психологически ориентированные теории. К первым можно отнести конституциональное направление – учение о соматопатиях и невропатиях Э. Кречмера, хорошо известные отечественным медикам теорию нервизма И.М. Сеченова и психофизиологическое учение И.П. Павлова, а также рефлекторные модели ПСР, разработанные их последователями К.М. Быковым, П.К.

Анохиным и др. Биологическое направление психосоматики развивалось также в русле нейрогормональной концепции стресса Г. Селье, Р. Лазарусом и др. Родоначальником психологически ориентированных теорий ПСР считается классический психоанализ Фрейда, который трактовал соматические проявления истерии (по современной классификации – конверсионных расстройств) как символическое выражение вытесненных из сознания переживаний, своего рода бессознательную попытку разрядки эмоционального напряжения. Менее известна вторая концепция возникновения психосоматических симптомов, предложенная Фрейдом, – концепция «эквивалентов»: он констатировал, что такие соматические симптомы, как расстройства сердечной деятельности, спазм сосудов, нарушения дыхания, диарея, дрожь, приступы потливости, голода, парестезии и др. сопровождают приступ тревоги в качестве его эквивалентов или как «ларвированные (маскированные) состояния тревоги» и часто полностью вытесняют у пациента ощущение тревоги как таковой. В дальнейшем психологи и психиатры во многом переработали и развили идеи классического психоанализа, создав многочисленные психодинамические концепции развития ПСР. В этой связи «отцом» психосоматического направления медицины считается Франц Александер, длительное время руководивший психоаналитическим институтом в Чикаго и в 1939 г. основавший журнал «Psychosomatic Medicine». Он предпринял попытку объединения психоаналитического/психодинамического и биологического подхода к ПСР, разработав концепцию неспецифического вегетативного возбуждения («вегетоневроза»). По Александеру, если бессознательный психологический конфликт, возникающий в ответ на эмоционально заряженные ситуации, не находит выхода во внешнем проявлении, то возникают устойчивые изменения в вегетативной нервной системе, которые ведут вначале к функциональным, обратимым, а затем и к необратимым органическим изменениям тканей и органов. Прочие психологически ориентированные теории развития ПСР подробно освещены Г. Амоном и, в более доступной форме, – в монографии С. Кулакова, содержащей многочисленные примеры с описанием клинических случаев, а также принципы проведения клинко-биографического интервью для диагностики ПСР.

Исторически сложилось так, что в нашей стране в медицинских образовании и науке, включая психосоматику и психиатрию, доминирует биологическое направление, в то время как в зарубежной психиатрии представлены оба направления, а в базовых руководствах по психосоматике подчеркивается основополагающая роль психодинамического подхода, расширенного и дополненного современными разработками в области стресса, социальной психиатрии и т.д. Так, эпидемиологические исследования показали: распространенность психических нарушений и ПСР связана с психосоциальным стрессом, причем пик заболеваемости приходится

не на момент его наибольшей интенсивности (в это время заболеваемость резко сокращается), а на фазу пост-стрессовой стабилизации, когда начинается процесс постепенной адаптации к неблагоприятным условиям. Эти периоды жизни общества, как правило, бывают сопряжены с «эпидемиями» ПСР, особенно если хронический стресс сочетается с экзогенной интоксикацией, например, алкоголизмом. Активно предпринимаются и попытки создания теоретического комплексного подхода – биопсихосоциального, начатые еще Александером и объединяющие традиционные концепции ПСР. Тем не менее, в значительной степени границы психосоматического направления в медицине еще не определены, а его теоретическую основу и понятийный аппарат нельзя считать сформированными окончательно.

Длительное время считалось, что преморбидные характеристики человека (генетические, конституциональные, личностные) специфически определяют, какое именно ПСР разовьется у конкретного пациента. Так, Ф. Александер и его школа полагали, что определенные эмоциональные конфликты (как правило, неосознаваемые) обладают спецификой и имеют тенденцию воздействовать на определенные внутренние органы: наклонности к зависимости и поиску помощи, вероятно, связаны с функциями питания и желудочно-кишечного тракта, конфликт между сексуальными желаниями и наклонностями к зависимости – с функцией органов дыхания, сдерживаемая агрессия – с патологией опорно-двигательного аппарата, а подавленный гнев – с сердечно-сосудистой системой. Была разработана концепция «коронарного личностного типа А», предрасполагающего к развитию инфаркта миокарда. Тип личности А характеризуется постоянным стремлением к карьерному продвижению, нехваткой времени, нетерпеливостью, неумением отдыхать, повышенной ответственностью и занятостью более работой, чем личной или семейной жизнью. На основе этой концепции был проведен ряд психопрофилактических мероприятий для предупреждения повторных инфарктов, но их эффективность оказалась ниже ожидаемой.

Однако сейчас теории «специфичности конфликта» и специфичности преморбидной личности в развитии ПСР менее популярны. Более поздние работы в данном направлении, проведенные в рамках концепции стресса, свидетельствуют об относительной роли преморбидных особенностей и отдают пальму первенства неспецифическим взаимосвязям. Так, показано, что склонность к развитию стойких тревожных реакций в условиях стресса предрасполагает к развитию соматических заболеваний; однако, какой орган или система при этом станут местом их манифестации, прогнозировать не представляется возможным. Помимо тревожных, к психосоматическим реакциям предрасположены аффективно-ригидные личности, склонные «застрывать» в тех или иных

эмоциональных состояниях, а также лица с так называемой алекситимией – неспособностью распознавать и выражать собственные чувства. ПСР чаще встречаются в обществах и культурах такого типа, где психические расстройства считаются «недопустимыми», «неприличными», «постыдными», а соматическое заболевание – «бедой», «несчастьем», которое может вызывать сочувствие, помощь и поддержку окружающих.

Характеристику групп ПСР (см. таблицу) начнем с соматоформных расстройств (F45 по МКБ-10). Ранее расстройства, которые сейчас называются соматоформными, входили в категорию «маскированных депрессий», но впоследствии изучение их клиники и течения заставило выделить эти заболевания в отдельную группу. Больные с соматоформными расстройствами составляют 30% и более от всех занятых коек стационаров и обращений в поликлинику и около 4% населения. Общими для всех соматоформных расстройств признаками является повторяющееся возникновение физических/соматических жалоб в сочетании с требованиями больного вновь и вновь проводить медицинское обследование, несмотря на то, что в ходе уже проведенных медицинских обследований было объективно доказано отсутствие соматического заболевания как основы данных жалоб. Таким образом, эти больные получают многочисленные (и как правило, неэффективные) консультации врачей соматических специальностей, проходят многочисленные лабораторные и инструментальные обследования, нередко небезразличные для пациента. Таких больных можно узнать по толстым амбулаторным картам и целым папкам выписок и результатов обследований, которые они приносят с собой на прием. Они негативно относятся к попыткам объяснить их расстройство психологическими причинами. В их поведении отмечаются элементы демонстративности, направленные на привлечение внимания, характерно напористое и драматизированное предъявление жалоб. Однако имеющиеся расстройства не достигают степени ипохондрического бреда и в какой-то степени поддаются коррекции. Выделяют 4 основных типа соматоформных расстройств: соматизированное расстройство, ипохондрическое расстройство, соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы и хроническое соматоформное болевое расстройство.

Диагноз соматизированного расстройства (близкий к нему старый термин – мультисимптомная истерия), ставится, если, помимо перечисленных выше общих признаков, длительность расстройства составляет не менее 2 лет, в течение которых сколько-нибудь значительной соматической причины не выявлялось; кроме того, имеет место нарушение социальной адаптации, чаще – внутрисемейной, связанное с вызвавшими расстройство причинами. Основные жалобы пациентов с соматизированным расстройством – патологические телесные ощущения, от болевых до носящих неопределенный характер, для описания которого пациенты используют своеобразные термины.

Нередко у больных соматизированным расстройством выявляются незначительно выраженные, вторичные симптомы тревоги и депрессии, однако они не являются ведущими в клинической картине.

Следующая разновидность соматоформных расстройств – ипохондрическое – помимо общих диагностических признаков, характеризуется постоянной озабоченностью пациента возможностью тяжелого, прогрессирующего соматического заболевания. Внимание пациента чаще сконцентрировано на одном-двух органах или системах, причем нормальные ощущения интерпретируются им как признаки болезни. Такие пациенты, как правило, имеют свою собственную концепцию заболевания, часто весьма и весьма оригинальную, разрабатывают для себя особые методы «лечения», питания, щадящий режим дня. Нередко они используют имеющееся, по их мнению, заболевание как средство манипуляции в семье или в иных социальных ситуациях, пытаясь получить какие-либо льготы или преимущества («рентное поведение»).

Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы – еще одна разновидность соматоформных расстройств, ранее обозначавшаяся термином «функциональные расстройства», или «неврозы органов». Помимо общих диагностических признаков соматоформного расстройства, в этих случаях отмечается сходство заявляемых пациентами жалоб с симптомами функциональных нарушений вегетативной нервной системы. Больные редко конкретизируют, какое заболевание у них имеется, и предъявляют обычно два типа симптомов: первые – отражающие признаки вегетативного возбуждения (сердцебиение, тремор, потливость, покраснение или побледнение кожи), вторые – субъективные неспецифические симптомы типа непродолжительных болевых ощущений, жжения, чувства тяжести, вздутия, растяжения и т.д. В зависимости от органа или системы, которые пациент считает источником симптомов, выделяют соматоформную дисфункцию сердца и сердечно-сосудистой системы (в этих случаях пациенту, как правило, ставится диагноз «вегето-сосудистая дистония» или «нейроциркуляторная дистония»), верхних или нижних отделов желудочно-кишечного тракта (нередки соматические диагнозы «дискинезии желчевыводящих путей», «хронического панкреатита», «синдрома раздраженной толстой кишки»), дыхательной системы (также под маской диагноза «нейроциркуляторной дистонии» или «синдрома гипервентиляции»), мочеполовой системы («нейрогенный мочевой пузырь») и т.д. Эти больные обычно наблюдаются у терапевтов, кардиологов, эндокринологов, гастроэнтерологов, урологов и неврологов с соответствующими диагнозами.

Важной разновидностью соматоформных расстройств является хроническое соматоформное болевое расстройство. Помимо общих диагностических критериев, оно проявляется стойкими, тяжелыми, психически угнетающими болями, которые пациенты характеризуют как

мучительные, изнуряющие, непереносимые, обычно ограниченные каким-либо органом или анатомической частью тела. Симптомы появляются в связи с конфликтами или психосоциальными проблемами, другие психические расстройства, при которых бывают алгии (в первую очередь, депрессии), отсутствуют. Обычные анальгетики практически не купируют такой болевой синдром.

Существуют соматоформные расстройства, проявления которых строго ограничены каким-либо органом или частью тела. Наиболее частыми симптомами при этом являются ощущения разбухания, ползания мурашек по коже, «ком в горле» и другие формы дисфагии, психогенные миоспастические расстройства, психогенный зуд, психогенная дисменорея.

Вторая крупная группа ПСР – псевдосоматические расстройства (п. 2 таблицы) – представлена, прежде всего, соматическими симптомами депрессивных и тревожных расстройств. Депрессии нередко сопровождаются такими симптомами, как слабость, снижение или повышение аппетита и массы тела, нарушения сна (бессонница или сонливость), сухость во рту, боли без явной соматической причины – мигрирующие, меняющие свой характер, наиболее часто – головные боли, боли в пояснице, головокружение, псевдоаллергические симптомы (зуд, крапивница, бронхоспазм), тошнота, запоры, диарея, нарушение половых функций. На приеме у врача соматической специальности такие больные предъявляют жалобы прежде всего на соматическое состояние, и без специальной настороженности и постановки соответствующих вопросов можно упустить истинные (психопатологические) симптомы депрессии, а именно – снижение настроения, утрату желаний, удовольствия и интереса к тем видам деятельности, которая обычно была приятной, апатию, потерю уверенности в себе и снижение оценки, чувства безнадежности, пессимизма, вины, мысли о близкой смерти и суицидальные мысли, нарушения памяти, концентрации и внимания.

Не менее разнообразен спектр соматической симптоматики при тревожных расстройствах. Помимо соматических жалоб, сопутствующих депрессии и перечисленных выше, характерным для тревожных расстройств является более частое возникновение симптомов, связанных с хроническим мышечным напряжением – «кома в горле», головных болей, миалгий, болей в спине и пояснице (часто трактуемых как «остеохондроз»). Кроме того, для тревожных расстройств весьма характерны разнообразные вегетативные симптомы: сердцебиение (вплоть до пароксизмальной тахикардии), экстрасистолия, кардиалгии, повышение АД, тремор, спастические боли в животе, тошнота, диарея и т.д. Эти пациенты далеко не всегда осознают наличие характерных для тревоги психических симптомов – ощущения опасности, беспокойства, постоянного «планирования», сверхнастороженности, и для их выявления пациентов нужно активно расспрашивать. Наиболее значимыми в плане дифференциальной

диагностики с соматическими заболеваниями представляются два вида тревожных расстройств – паническое («панические атаки», или пароксизмальная тревожность, F41.0 по МКБ-10) и генерализованное (F41.1). Пациенты с паническим расстройством обычно сообщают о приступе сильной тревоги, с вегетативными проявлениями в виде сердцебиения, чувства нехватки воздуха, сильной слабости, «предобморочного» состояния, сопровождающиеся страхом смерти, утраты самоконтроля, падения, потери сознания или сумасшествия, нередко с нарушением восприятия окружающего (дереализация) и собственной личности (деперсонализация). Врача не должен вводить в заблуждение тот факт, что пациенты нередко трактуют тревогу как возникающую вторично по отношению к соматическим симптомам («стало страшно, что сердце остановится», «испугалась, что потеряю сознание»); на самом деле, тревога в данном случае является первичной, а соматические проявления – ее симптомами, а не причиной. Ситуации, в которых возникают панические атаки, обычно бывают разными, непредсказуемыми, но нередко при повторных приступах у пациента формируется как бы «условный рефлекс», своеобразное «ожидание», в результате чего приступы могут повторяться в одном и том же месте (например, в транспорте), и больной начинает бояться оставаться один или бывать в людных местах. Чаще всего вместо «панического расстройства» ставятся такие диагнозы как вегетососудистая дистония, нейроциркуляторная дистония, дисэнцефальные или симпатоадреналовые кризы и т.д.

Генерализованное тревожное расстройство характеризуется стойкой тревогой, не ограниченной какими-либо определенными обстоятельствами («свободно плавающая тревога»), и сопровождается опасениями за свои здоровье и жизнь, жизнь и здоровье близких, дурными предчувствиями, напряженностью, готовностью «взорваться по пустякам», мышечным напряжением (суетливостью, тремором, невозможностью расслабиться, болями в мышцах, спине), вегетативными или вегетативно-болевыми симптомами. Часто единственной жалобой, которую предъявляет пациент, является астения, слабость, которую он ощущает физически, – результат хронического мышечного напряжения.

Из вышесказанного очевидно, что такой «банальный» диагноз, как вегето-сосудистая (нейроциркуляторная) дистония, не является нозологическим. Это синдром, который может быть проявлением соматоформных, тревожных и, реже, депрессивных расстройств. И хотя ведением таких пациентов во многих случаях традиционно занимаются неврологи, назначая целый ряд «вегетотропных», сосудистых, нейрометаболических, витаминных и других препаратов, очень важно понимать психическую природу вегетативных расстройств и проводить иное лечение – психотропную медикаментозную терапию и психотерапию (см. ниже).

Врачу общей практики необходимо помнить и еще об одной

разновидности псевдосоматических проблем – конверсионных расстройствах (истерии). Чаще всего они проявляются разнообразными симптомами в двигательной и чувствительной сферах. Это могут быть кожные анестезии или гипестезии, частичная или полная потеря слуха, зрения или обоняния, нарушения моторики и координации (парезы, параличи, нарушения устойчивости и походки, дисфония или афония). Пациенты убеждены в реальности и тяжести заболевания, ярко, выразительно, демонстративно, преувеличенно, часто вычурно описывают свои ощущения. Вероятность катастрофических диагностических и лечебных ошибок, ненужных вмешательств при конверсионных расстройствах особенно велика. Так, нам известна пациентка, у которой в молодом возрасте после стрессовой ситуации (аборта) развился многочасовой судорожный приступ без потери сознания (характерно его описание пациенткой: «прыгала в постели, изгибалась вся, руки-ноги так и подбрасывало!»), затем появились нарушения позы и походки («ходила по стенке, падала»). Была заподозрена опухоль мозга, проведена трепанация черепа, на операции опухоль не обнаружена. Нарушения походки и статики повторялись, возник парез правой руки, интерпретированный уже как последствие спаечного процесса после нейрохирургической операции. Для устранения спаек больной была проведена пневмомиеелография! Малые судорожные приступы повторялись, больная много лет лечилась у невропатолога с диагнозом эпилепсии и лишь через несколько десятилетий была консультирована психиатром, который на основании анамнеза (судороги – истерическая дуга, нарушения походки и статики – астазия-абазия, парез правой руки – конверсионного характера) и особенностей психического состояния диагностировал истерическое конверсионное расстройство.

Наконец, собственно ПСР (п. 3 таблицы) являются, пожалуй, наиболее распространенными. И если связь ряда из них (например, нервной анорексии и булимии, нейродермита) с психоэмоциональным состоянием довольно очевидна даже для неспециалиста, то многие другие из болезней этой группы гораздо реже рассматриваются врачами соматических специальностей как связанные с психологическими проблемами. Позиция сторонников исключительно биологической концепции генеза этих заболеваний вполне аргументирована: у них действительно имеется биохимический, патофизиологический и морфологический субстрат. Так, при ИБС это дислипидемия и атеросклеротическая бляшка, при гипертонии – например, ренин-ангиотензин-альдостероновая система, при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки – инфекция, вызванная *Helicobacter pylori*, при бронхиальной астме и других аллергиях – гиперактивность дыхательных путей, реакции клеточного и гуморального иммунитета, при сахарном диабете – гибель бета-клеток или нарушение действия инсулина на ткани (инсулинорезистентность), при ожирении – положительный энергетический баланс (превышение

поступления калорий с пищей над расходом энергии) и т.д. и т.п. Вместе с тем, биологически ориентированные концепции генеза этих болезней не дают ответа на многие вопросы. Например, почему язвенная болезнь развивается далеко не у всех носителей геликобактерной инфекции, и не у всех пациентов с язвенной болезнью эта инфекция выявляется? И связаны ли с геликобактерной инфекцией хорошо описанные особенности «язвенной личности», а также сезонные и стрессовые обострения язвы? Чем объяснить, что такая личностная черта, как враждебность, является независимым фактором риска развития стеноза коронарных артерий, а депрессия – независимым фактором риска смерти у постинфарктных больных? Почему пациенты с синдромом раздраженной толстой кишки годами получают лечение, направленное на восстановление нормального биоценоза кишечника, а заболевание продолжает рецидивировать? Чем объяснить случаи более легкого течения бронхиальной астмы у некоторых больных после изменения семейных взаимоотношений – как последние влияют на иммунную систему? Почему так часто сочетаются эпилепсия и бронхиальная астма – не потому ли, что и то, и другое – расстройства пароксизмального спектра? И если ожирение, избыточная масса тела и связанная с ними инсулинорезистентность имеются у 40-60% населения, то почему сахарный диабет 2 типа возникает не более, чем у 10% населения? Ответы на эти и многие другие вопросы требуют всестороннего изучения. Особенно интересным в этом плане было бы исследование ранних, доклинических стадий развития ПСР, с целью поиска пусковых факторов манифестации болезни, однако оно затруднено тем, что большинство больных с ПСР данной группы обращаются к врачам уже на стадии выраженной клинической симптоматики и органических изменений. Тем не менее, перспективные работы в этом направлении ведутся – достаточно упомянуть полученные доказательства о влиянии социальных факторов на состояние иммунной системы.

Высокая распространенность ПСР и связанные с ними экономические затраты диктуют необходимость разработки их профилактики, одним из основных направлений которой является работа с группами повышенного риска по ПСР. Рамки данной публикации не позволяют рассмотреть вопросы лечения ПСР. Отметим лишь, что, наряду с медикаментозной терапией, для которой могут использоваться антидепрессанты, анксиолитики, в ряде случаев – малые нейролептики, неотъемлемой частью лечения должна являться психотерапия, так как только с ее помощью можно выявить и проработать психологические конфликты, послужившие толчком к развитию ПСР. Однако ведение больных ПСР требует от врача и владения методами диагностики и лечения соматических заболеваний. Отсюда следует, что оказание помощи больным с ПСР должно вестись «бригадным» методом. В настоящее время с проблемами психомосматики можно познакомиться либо на кафедрах психиатрии

и психосоматики при ФУВах (на большинстве которых доминирует традиционное для отечественной психиатрии биологически ориентированное направление и преимущественное использование медикаментозной терапии), либо в образовательных учреждениях, готовящих специалистов в области клинической психологии, – в них, напротив, превалируют психотерапевтические подходы и недостает подготовки по психопатологии, медикаментозной психотропной терапии и соматической медицине. Вот почему представляется, что для интеграции всех компонентов ведения пациентов с ПСР целесообразным было бы выделение психосоматологии как отдельной медицинской специальности с созданием системы комплексной подготовки врачей-психосоматологов. В связи с этим в заключение хочется процитировать слова Ф. Александера, написанные им более полувека назад: «Детальное знание взаимосвязи между эмоциональной жизнью и соматическими процессами расширяет функции врача: физическая и психическая помощь пациенту могут быть скоординированы в интегральном целом медицинской терапии. Таково реальное значение «психосоматической медицины».

МЕТОДИКА РАБОТЫ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ ПО СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОМУ ОБСЛЕДОВАНИЮ СЕМЬИ

С.В. Ошурков
ФУВ МОНИКИ

Семья – весьма сложная по структуре социальная и психологическая система. Целью врача общей практики при изучении семьи является, во-первых, установление семейного диагноза, то есть выявление в жизнедеятельности определенной семьи тех нарушений, которые участвуют в возникновении, хронизации того или иного расстройства у одного или нескольких ее членов; во-вторых, выявление тех психологических особенностей семьи и ее членов, от которых зависит коррекция тех или иных расстройств (и которые, соответственно, нужно учитывать при выборе метода терапии и ее осуществлении).

Система изучения семьи. Эkleктический подход. Основная идея этого подхода заключается в изучении проблем семьи путем объединения подходов разных школ в общую диагностическую схему. При разработке диагностических схем внимание сосредоточивается на том, какую именно информацию о семье и в какой последовательности врач общей практики должен получить в ходе ее изучения. Все схемы данного типа нацеливают на получение двух видов данных о семье. Во-первых, сведения о семье, которые нужны при работе с ней вне зависимости от того, какая семья и с какой целью обследуется. Так, при работе с любой семьей нужно знать ее состав, возраст ее членов, социальный слой, к которому относится семья, и