**ГАНЗИН И.В.**

**ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА**

**В ПОВСЕДНЕВНОЙ ПРАКТИКЕ**

**КЛИНИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ**

**(основы психосоматики)**

**практическое руководство**

**Симферополь – 2010 г.**

Ганзин Игорь Викторович – доктор медицинских наук, врач-психиатр высшей квалификационной категории, врач психотерапевт, с 17-летним стажем активной клинической практики.

Данное практическое руководство является фрагментом курса лекций «Психосоматика», читаемое Ганзиным И.В. на факультете практической психологии Крымского Государственного Инженерно-Педагогического Университета.

Руководство рекомендовано врачам, практическим психологам, студентам.

**Введение**.

Современная научная парадигма в клинической медицине – **биопсихосоциальная -** предполагает рассмотрение болезни в тесной взаимосвязи психологической особенностей пациента, биологических характеристик его организма, и влияния социальной среды.

Многие расстройства в клинической практике являются функциональными, но именно они проявляются обилием жалоб со стороны пациента, выраженным эмоциональным сопровождением, динамичным течением, вегетативными пароксизмами. Нередко в таких случаях речь идёт о **невротических расстройствах** с тревожным синдромом и полиморфной вегетативной симптоматикой (**соматоформные расстройства**).

Одно из важных тенденций **клинического патоморфоза** психических расстройств в настоящее время является – соматизация. **Соматизация** – глубинный психический механизм, при котором эмоции и аффекты, в силу их неприятности, неприемлемости и социального неодобрения трансформируются в физиологические процессы и физические симптомы, заставляя по болезненному «звучать» тот или иной орган или систему. И звучание это может успешно имитировать реальную соматическую патологию. Так, например, пациент с *соматизированной депрессией* может выглядеть как глубоко астенизированный больной с массой кардиологических/гастроэнтерологических/неврологических жалоб.

С другой стороны, общеизвестно, что любое соматическое страдание вызывает психологическую реакцию личности и нередко приводит ко вторичным психическим расстройствам (**органические и соматогенно обусловленные неврозоподобные состояния**).

В практических целях (однако, с некоторой академической дискутабельностью) все вышеперечисленные психические расстройства, тесно взаимосвязанные с соматикой (как причина и/или как следствие соматического заболевания) можно объединить в одну большую группу **психосоматических расстройств**.

Немного **эпидемиологии.**

Возраст – до 45 лет.

Пол – женщины болеют чаще, чем мужчины в 2-2,5 раза.

Таблица. Распространённость психосоматических расстройств

(по обобщённым и усреднённым данным многочисленных исследований)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Вид патологии  | В популяции, % | На первичном поликлиническом приёме, % от всех больных | В соматическом стационаре, % от всех больных |
| Депрессии | 6 | 10 | 12 |
| Неврозы и соматоформные расстройства  | 35-45(40) | 25 | 20 |
| Соматогенные состояния  | 15 | 10 | 30 |
| Всего  | 61 | 45 | 62 |

Таким образом, *каждый третий* пациент врача-интерниста является, на самом деле, клиентом для психиатра, и ещё одна *треть больных* нуждается в комплексном подходе, включающем лечебно-реабилиатационные мероприятия психиатрического и психотерапевтического плана.

**Этиопатогенез психосоматических расстройств.**

Обобщённо многочисленные теории этиологии и развития психосоматической патологии можно представить в виде следующей *интегративной модели*.

Каждый индивид имеет свои характерологические особенности, предполагающие особую уязвимость к определённого рода эмоциональным переживаниям и специфическим ситуациями. Эта повышенная ранимость предопределена биографически и связана с ранними детскими (до 3-6 лет) психологическими травмами пи сложными событиями. Впечатления от этой травмы и связанные с ней негативные аффекты **вытесняются** (изгоняются) в бессознательное, «запираются» там, покидают сознание, но не исчезают, а находятся в режиме ожидания. Человек в ходе жизни, накопления опыта совершенствует свои неосознаваемые *механизмы психологической защиты* и осознаваемые *механизмы адаптации* и борьбы со стрессом, (включающие в себя когнитивные, эмоциональные и поведенческие стратегии). В случае, если во взрослой жизни индивид сталкивается с мощным стрессом, с которым он не в силах совладать и который созвучен с ранними травмами, - наступает поломка внутри психического баланса, нарушаются установившиеся соотношения между сознанием и бессознательным. Ослабленное энергетически, сознательно «Я» не в силах удерживать вытесненные комплексы, и те стремятся в сознательную зону. «Я» реагирует на это интенсивной *тревогой* и включает *аварийные* защитные механизмы. К ним относятся: **регрессия** (возврат к более ранним формам поведения, с целю повторного вытеснения старой травмы и попытки аналогичным образом справиться с новой) и **соматизация** (перевод психологически неприемлемых и неприятных содержаний в соматические (физические) процессы). В результате – восстанавливается психологическое равновесие, ценой развития (как правило, постепенного требующего времени (дни-годы)) соматического страдания (как функционального, так и органического). Выбор органа (системы органов) и характера симптомов осуществляется неосознанно и воплощает индивидуальную символику, отражающую *субъективную* значимость травмирующего события. Важным является не объективная тяжесть и опасность события, а субъективное восприятие непереносимости и угрозы каких-либо обстоятельств, ощущение бессилия в борьбе с ними.

**Клиника и диагностика.**

**Общие принципы диагностики.**

1.*Возраст*.

Молодой возраст (до 45 лет) пациентов предполагает бóльшую вероятность функциональной патологии и пограничных психических расстройств.

2.*Психогении*.

Наличие в истории болезни указаний на предшествующие манифестации болезненного расстройства тяжёлые острые или хронические истощающие психотравмирующие переживания. Либо наличие выраженных и несоответствующих тяжести расстройства эмоциональных переживаний.

*3.Соответствие объективных данных субъективным переживаниям.*

При психосоматических расстройствах пациенты предъявляют массу жалоб, демонстрируют выраженные страдания, ярко окрашенные эмоциональными переживаниями. Объективно выявляются лёгкая функциональная патология, а, нередко, – патологических изменений нет.

*4.Коммуникативные особенности.*

Ряд больных (чаще, с невротическими расстройствами) предъявляют массу динамичных, ярких, подчас, необычных жалоб, широкий спектр изменчивых эмоций и аффектов, активно идут на контакт, ищут помощи, охотно сотрудничают и дают качественную обратную связь. Эти пациенты тревожны, являются ходячей энциклопедией страхов, традиционных и нетрадиционных (у многих есть персональный опыт) методов лечения, ночами просиживают в интернете в поисках ответы на свои вопросы.

Вторая категория больных (соматоформные расстройства и депрессии) невербально демонстрируют более тяжёлые страдания, но речь их скудна, монотонна, жалобы бедные, стереотипные, неполные, лишены эмоций. Такой коммуникативный стиль называется **алекситимия** (в буквальном переводе с греческого: «нет слов для чувств»). Такой стиль затрудняет понимание больного, контакт с ним и качественное сотрудничество. А учитывая, что многие пациенты невербально выражают недовольство, недоверие, сомнения, раздражение и гнев – всё это может взывать у врач негативный отклик в душе, что не лучшим образом.

*5.Время и терпение.*

Для понимания сути болезненного расстройства у психосоматических больных необходимо уделить внимание проникновению во внутренний мир пациента, понять его личностные особенности, внутренние психологические конфликты, типичные психологические защиты, *стратегии совладания со стрессом*. Всё это требует значительно большего, в сравнении с соматическими больными, времени и терпения.

**Депрессивные расстройства.**

Типичными признаками депрессии являются следующие *клинические проявления*, непрерывно нарастающие на протяжении, как минимум, двух недель:

* Подавленное, угнетённое, мрачное, унылое, тоскливое настроение;
* Двигательная и интеллектуальная заторможенность;
* Нежелание и невозможность что-либо делать;
* Отсутствие удовольствия от обычно приятных занятий и вещей (ангедония);
* Различные виды нарушения сна, наиболее типичны ранние утренние пробуждения (4-5 часов) с тревогой;
* Широкий спектр вегетативных расстройств;
* Снижение/отсутствие либидо;
* Снижение или отсутствие аппетита, в редких случаях – повышение;
* Снижение массы тела (более чем на 5-10% от исходной), даже при нормальном аппетите и соблюдении режима питания.

Наиболее мучительны для больных *нарушения в когнитивной сфере*, временно меняющие самооценку и мировоззрение:

* Пессимизм, негативная переоценка жизненных событий;
* Заниженная самооценка;
* Чувство вины;
* Обесценивание жизни и мысли о смерти;
* Ощущение безысходности, вечности страданий;
* «чёрно-белое» восприятие мира, без вкусов и запахов, в тяжёлых случаях – мучительное ощущение утраты способности к каким-либо чувствам.

Для **эндогенных депрессий** характерна типичная *суточная ритмика*: самое тяжелое состояние – в утренние часы и в первой половине дня, к вечеру симптомы могут в значительной степени ослабляться или даже временно отступать. Поэтому осмотр такого больного во второй половине дня требует тщательного и целенаправленного опроса для выявления депрессивной симптоматики.

При **соматизированной депрессии** на первый план выступают различные системные вегетативные расстройства:

* Головные боли («мышечного напряжения»);
* Боль в области сердца, тяжесть в груди, сердцебиение, колебание АД;
* Стеснение в груди, неудовлетворённость вдохом;
* Тошнота, рвота, чаще по утрам, отвращение к пище, гиперэстезия к запахам пищи, запоры (реже - поносы по утрам);
* Жжение – локальное или во всём теле, озноб, потливость, сенестопатии;
* Субфибрилитет;
* Различной локализации болевой синдром;
* Сухость слизистых, гипо-, гиперастезия.

В этих ситуациях больные нацелены на получение соматического диагноза и, как правило, проходят многих узких специалистов и широкий спектр диагностических процедур, что нередко даёт повод к новым исследованиям, новым тревогам и сомнениям.

**Невротическая депрессия** отличается от эндогенной лишь количественной выраженностью симптомов, значительно меньшей тяжестью расстройств, отчётливой связью с психогенными факторами, большей длительностью (6 и более месяцев) и особенностями течения (волнообразность течения, спонтанные ремиссии).

***Ошибки диагностики***

*(лирическое отступление).*

*В психологии современного человека (и общества) есть чёткая установка на соматический диагноз (определение физических аспектов страдания). Диагноз соматической болезни предпочтителен по следующим причинам:*

* *Всё понятно, хотя и больно и неприятно;*
* *Можно рассчитывать на понимание и принятие окружающих;*
* *Извлечение вторичных выгод из болезни: вызывание сострадания, чувства вины позволяет манипулировать окружающими, избегать ответственности, уклоняться от обязанностей.*

*При психиатрическом диагнозе картина обратная:*

* *Есть опасность стигматизации – непонимания, отчуждённость людей, страх возможных социально-юридических ограничений (водительские права, охотничье оружие, работы в силовых структуры);*
* *Позорность такого диагноза, необходимость скрывать наличие расстройства и факт лечения;*
* *Необходимость принятия ответственности за свою болезнь, разбираться в её психологических коллизиях;*
* *Меньшая вероятность получения понимания, поддержки и помощи со стороны окружение.*

*Исходя из этого, становится понятным «забывание» рядом терапевтов возможности развития у больного психического расстройства. Это первое основание для нераспознавания психосоматических заболеваний (на наш взгляд, главное).*

*Второе основание – недостаточная информированность по данному вопросу (автор очень надеется, что его скромный труд и внимание к проблеме со стороны коллег поможет в устранении указанной проблемы).*

**Тревожные невротические расстройства.**

**Тревога** – негативное ощущение смутной неопределённой угрозы, опасности, беспредметный страх, сопровождающийся комплексом вегетативных нарушений с акцентом на перевозбуждение (постоянное или пароксизмальное) симпато-адреналовой системы.

**Генерализованное тревожное расстройство.**

Проявляется следующей симптоматикой:

* Тахикардия, сильная пульсация сердца;
* Потливость;
* Дрожь в теле, тремор;
* Чувство удушья, затруднённое дыхание;
* Боль или дискомфорт в груди;
* Тошнота, неприятные ощущения в желудке;
* Головокружение, неустойчивость и шаткость при ходьбе, «предобморочность» состояния, ощущение изменённости, нереальности, в собственном теле или окружающем мире;
* Страх потери контроля, сумасшествия;
* Страх наступающей смерти;
* Приливы или озноб;
* Онемение в теле, ощущение покалывания;
* Мышечное напряжение или боль;
* Беспокойство, невозможность расслабиться;
* Нервозность, напряжение;
* Ощущение комка в горле, затруднённое глотание;
* Усиленная реакция на внешние раздражители, испуг;
* Затруднение сосредоточения внимания;
* Раздражительность;
* Затруднённое засыпание.

При **панической атаке** многие из перечисленных симптомов разворачиваются внезапно и достигают значительной интенсивности, сопровождаются паническим «животным» страхом, психомоторным возбуждением пациента и, как правило, приводят к вызову бригады СМП. Интернисты диагностируют это состояние как диэнцефальный криз или симпато-адреналовый пароксизм, успешно купируют его, но, к сожалению, далеко не всегда направляют больных на лечение и реабилитацию к психиатрам (психотерапевтам). Излечение возможно только в этом случае, поскольку необходимы специализированные комплексные терапевтические реабилитационные программы, являющиеся сферой *компетенции психиатрии.*

**Соматоформные вегетативные дисфункции.**

Ранее в психиатрии эти расстройства определяли как *органные неврозы*. Для них характерно:

* Наличие симптомов вегетативного возбуждения, имитирующих картину соматической болезни;
* Отсутствие объективных признаков расстройства структуры и функций в данном органе или системе;
* Длительность (как и для всех невротических расстройств) более 6 месяцев.

Выделяют *соматоформные вегетативные дисфункции*:

* *Сердца и середечно-сосудистой системы;*
* *Верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (пищевод, желудок);*
* *Нижних отделов желудочно-кишечного тракта;*
* *Дыхательной системы;*
* *Урогенитальной системы.*

Соматоформные дисфункции проявляются многообразием вегетативных симптомов, приуроченных к *одной системе* или органу. Имеют массу параллелей в соматической медицине, нашедших своё отражение в классификациях и врачебном сленге, подразумеваемых как функциональные расстройства. Приведём некоторые из них: головные боли мышечного напряжения, невроз сердца, постстрессовый желудок, синдром раздражённого кишечника, нейрогенный мочевой пузырь, респираторный дистресс, патомимия (архаический дерматологический диагноз для психосоматики *кожной системы*: упорный зуд, неясного характера высыпания, на фоне странного поведения).

**Соматизированное расстройство.**

Вариант патологии, при котором отмечается длительное (более 2-х лет) присутствие симптомов возбуждения вегетативной нервной системы, приуроченная к *двум и более органам и системам*. Является одним из трёх вариантов проявления истерии, наряду с конверсией (судороги, псевдопарезы и параличи, анестезия) и диссоциацией (диссоциативные амнезия, ступор, транс).

Излечение данного расстройства немыслимо без вмешательства психиатра и высокопрофессиональной упорной длительной психотерапевтической помощи.

**Хроническое соматоформное болевое расстройство.**

Характеризуется наличием упорного, тяжелого и мучительного болевого синдрома различной локализации. Типична длительность, отсутствие объективных данных, объясняющих его генез. Внимание больных сфокусировано на боли и она является осевым феноменом в их жизни.

**Ипохондрическое расстройство.**

Характеризуется:

* Непоколебимой убеждённостью больного в наличии у него серьёзного физического заболевания;
* Озабоченность убеждением в болезни вызывает постоянные страдания больного, социальную дезадаптацию в повседневной жизни и вынуждает пациента постоянно искать медицинское обследование и лечение, обращаться за помощью к представителям нетрадиционной медицины и целителям;
* Образ жизни больного целиком сосредоточен на разработанной им программе по оздоровлению и лечению;
* Упорный отказ больного принять медицинские заверения а отсутствии физических причин симптомов.

**Нарушения пищевого поведения.**

Являются нередкими в психосоматике, поскольку пища является символом, играющим ключевую роль во многих психологических конфликтах: проблемы любви и утраты, недостаток принятия и заботы, агрессии и ненависть, дефицит самоуважения, протест и самонаказание. Клинически выделяют три основных формы: нервная анорексия, нервная булимия и ожирение, связанное с перееданием.

**Нервная анорексия.**

Неоднородное расстройство, которое по своей клинической типологии может быть разделено на проявления трёх типов:

* *Невротический уровень;*
* *Эндогенный уровень, близки к аффективной патологии (деперссия);*
* *Психотический уровень (дисморфофобический и дисморфоманический бред).*

Представляем основные признаки *анорексии невротического уровня:*

* Болеют только девушки в возрасте 12-25 лет (реже старше);
* Расстройство связано с психологическими проблемами пубертата (социализация, самоидентификация, коммуникативные сложности, семейные проблемы), но трансформируется на недовольство собственной внешностью, фигурой, особенно если есть намёки на избыточный вес;
* Основная поведенческая стратегия пациенток – достижение «идеального» веса;
* Для достижения поставленных целей используются:
1. Жестокие ограничения в объёме питания, полное исключение калорийной пищи, иногда голодание, изнуряющие физические нагрузки – *рестриктивный (ограничительный) тип анорексии,*
2. Снижение веса посредством вызывания рвоты после приёма пищи, приём мочегнных и слабительных средств. Учитывая, что на первой стадии болезни аппетит сохранён ,иногда повышен (случаются переедания), иногда применяются всевозможные средства для снижения аппетита, часто – различные фармакологические препараты для похудения, - *очистительный тип анорексии*;
* Указанное поведение тщательно скрывается, отрицается, при его обнаружении родителями, последние встречают жёсткий отпор при попытке «накормить ребёнка», ограничения питания рационализируется больным (соблюдение Поста, здоровое питание, натуропатия, вегетарианство, раздельное питание).

На втором этапе расстройства, при прогрессирующем снижении массы тела (более чем 10-15% от исходного) у девушек прекращаются месячные, развиваются желудочно-кишечные расстройства и *астено*-*субдепрессивный синдром* (вялость, слабость, утомляемость, раздражительность, плаксивость, аффективная неустойчивость, нарушение сна, склонность к гипотонии, и сникопальным состояниям, тахикардия, подавленность, апатия). Вполне логично предположить, что родители после безуспешных семейных баталий насильно ведут ребёнка к: гастроэнтерологу, гинекологу, невропатологу, эндокринологу…, но никак не к психотерапевту (психиатру). Для третьей стадии характерна нарастающая кахексия, безбелковые отёки, гиповолемический шок, дистрофические нарушения внутренних органов. Даже в такой стране, как Германия, где развита специализированная сеть учреждений по реабилитации больных с анорексией, 15 % случаев заболевания заканчиваются летально. Поэтому своевременное направление таких больных к психиатру реально может спасти жизнь.

**Нервная булимия.**

По своим проявлениям полярна анорексии:

* Периодические (не менее 2 раз в неделю) эпизоды развития интенсивного неутолимого голода со значительным перееданием;
* Постоянная озабоченность приёмом пищи, сильное желание и навязчивое стремление к еде;
* Использование «очистительных» стратегий как при аналогичном варианте анорексии, что, в совокупности с навязчивым страхом располнеть, приводит к снижению веса;
* Маятникообразные колебания массы тела, нередко смена клиники булимии на клинику анорексии (атипичные варианты расстройства)

**Ожирение**.

При ожирении, связанном с перееданием, проблема носит хронический характер, пациенты к ней лучше адаптированы, и обращаются к терапевтам в случаях сопутствующих и вытекающих из избыточного веса соматических проблем или за помощью в плане похудения. Психосоматические больные с ожирением не имеют нейроэндокринной патологии, могут быть хорошо информированы в вопросах здорового питания, но они не могут решать свои психологические проблемы и бороться со стрессами иначе, как «баловать» себя чем-то «вкусненьким», а различные психотехнологии контроля массы тела, включая «кодирования», не решают глубинных проблем, дают кратковременный эффект и только увеличивают амплитуду маятника динамики веса.

**Расстройства сна.**

Могут быть единственным симптомом расстройства и не иметь никаких органических и соматических предпосылок, а лишь отражать напряжённые и несовершенные *механизмы адаптации* и глубинные психологические проблемы.

Бессонница, связанная с трудностями адаптации, может быть обусловленная следующими причинами:

* Сменный характер работы, работа в ночные часы;
* Смена часового пояса;
* Напряжённый график работы без чёткого регламента;
* Частые командировки, переезды;
* Семейные проблемы (тяжёлые болезни близких, маленький ребёнок, проблемные дети);
* Текущие неразрешимые психологические проблемы;
* Переживания возрастных и ситуационных экзистенциальных кризисов.

Расстройства сна могут сопровождаться такими клиническими проявлениями как *ночные ужасы, ночные кошмары, гиперсомния, нарушение режима сон-бодрствование*.

**Сексуальные дисфункции.**

Функциональные сексуальные дисфункции (*отсутствие или потеря сексуального влечения), сексуальное отвращение, отсутствие сексуального удовлетворения, отсутствие генитальной реакции (эректильная дисфункция мужчин), оргазмическая дисфункция, вагинизм, повышенное сексуальное влечение*) также могут выступать в качестве моносимптома, не иметь нейрофизиологических и соматических предпосылок. Все они требуют кропотливой совместной работы сексопатолога и психотерапевта.

**Психические расстройства пограничного уровня, обусловленные соматическими заболеваниями и органическими поражениями головного мозга.**

Хронические соматические заболевания сопряжены со страданием, необходимостью выносить боль, физический дискомфорт, нарушения функций, затратой дополнительных сил и энергии для обеспечения стабильности и успешной социальной деятельности; наполнены тревожными ожиданиями, неуверенностью, иррациональными страхами, делают больных ранимыми, чувствительными, обидчивыми, злобными. Острые расстройства несут ощущения катастрофичности, паники, отчаяния и уныния, заставляют переосмысливать жизненные ценности. Всё это, в совокупности с нейрофизиологическими изменениями в организме, снижением церебральной энергетики, создаёт предпосылки к развитию **неврозоподобных (органических непсихотических соматогенно обусловленных) расстройств**.

Выделяют следующие варианты **неврозоподобных расстройств**, по *ведущему психопатологическому синдрому*:

* *Астеническое;*
* *Тревожное;*
* *Депрессивное;*
* *Конверсивное.*

Указанные синдромы описаны нами ранее при рассмотрении соответствующих расстройств. При неврозоподобных состояниях они имеют сходные клинические проявления и отличаются рядом *характеристик*:

* Тесная связь клинической динамики неврозоподобного состояния с соматическим расстройством;
* Протекание на фоне церебрастении: быстрая психическая истощаемость, эмоциональная лабильность, слезливость, снижение концентрации внимании, частые цефалгии, метеозависимость;
* Клиническая неполнота и незавершённость, стереотипность болезненной симптоматики;
* Сложную для диагностики сочетание функциональных и органических симптомов болезни.

Данная группа расстройств для успешной реабилитации нуждается в параллельной работе специалиста по основному заболеванию и врача-психиатра (психотерапевта).

**Проблема коморбидности.**

Трудно найти счастливца, в возрасте старше 35 лет, чьи записи в амбулаторной карте ограничиваются одним диагнозом. У пациентов старше 40 лет, как правило, имеются 3-4 соматических диагноза. Но могут быть и психиатрические, и не один. Например, пациент с хроническим невротическим состоянием систематически злоупотребляет алкоголем, с формирующейся зависимостью, и у него, после черепно-мозговой травмы, на *церебрастеническом фоне*, развивается депрессивное состояние. Целых три психиатрических диагноза, и это - суровая обыденность. Такие расстройства, протекающие параллельно и диагностируемые на момент обследования называются **коморбидными** (соболезненными). По статистике 35-65% всех психических расстройств являются коморбидными. Безусловно, это затрудняет диагностику и осложняет терапевтически-реабилитационный процесс. А если этот набор психической патологии развивается на фоне соматических расстройств и при этом функциональные и органические расстройства имеют одну точку приложения и сходную по типологии симптоматику… Разобраться в таком букете одному узкому (пусть даже высококвалифицированному и продвинутому) специалисту крайне непросто и скорбная одиссея пациента ведёт его от одного специалиста к другому, до тех пор, пока его не направят к психиатру (или доктор знающий попался, или больной крайне «достал»).

Выход в этой ситуации только один. Увидеть больного целиком: в комплексе соматики и психики, их тесной взаимосвязи и с учётом влияний социума. Разбросать диагнозы по полкам, создать иерархию проблем, и организовать параллельные курсы терапии у профильных специалистов.

**Общие принципы терапии и реабилитации.**

1. Внимание и интерес к личности больного, его проблемам – залог верного пути к диагнозу и эффективному *терапевтическому союзу (комплайенсу)* с пациентом.
2. Всесторонне тщательное и продуманное обследование, включая необходимые параклинические и лабораторные методы – для чёткой дифференциации функционального и органического.
3. Планомерность, этапность и комплексность лечебно-реабилитационных мероприятий.
4. Ведущая роль психотерапевтических и психологических методов.
5. Адекватная фармакотерапия.
6. Улучшение социальной адаптации пациента, проработка конфликтов, гармонизация отношений.

**Заключение**.

Проблема взаимосвязи души и тела в наше время приобретает особо актуальное значение. Пересмотр духовных ценностей, социально-экономические потрясения, кризисы, возрастающие стрессы и информационная перегруженность среды, ухудшающаяся экология, - всё это ведёт к накоплению груза психологических проблем и соматической отягощённости, увеличивает заболеваемость, провоцирует патоморфоз болезней. В этих условиях, врач для эффективной деятельности должен постоянно усовершенствовать профессиональные знания и навыки, расширять диапазон междисциплинарных связей, быть хорошим психологом, а, подчас, - и философом. Сущность и особенность болезней на современном этапе развития человечества требуют объединения усилий врачей разных специальностей для успешного осуществления нашей гуманной миссии.

**Рекомендуемая литература.**

1. Александровский Ю.А. Состояние психической дезадаптации и их компенсация. – М.:Наука – 1976 – 272 с.
2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства.- М.: Медицина, 1993.- 399с.
3. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНЫ – 1999 г. – 376 с.
4. Гельдер М. Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии – Киев: изд-во «Сфера» - 1997 – в двух т.
5. Каплан Г.И., Сэдок Б.Д. Клиническая психиатрия. – М.: Медицина 1994 – в 2х т.
6. Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г. Психология больного.- Л.: Медицина, 1980.- 180с.
7. Клиническая психология. Под ред. Б.Д. Карвасарского СПб «Питер» 2006. – 960 стр.
8. Лебедев Б.А., Крылов В.И., Незнамов И.Г. Значение биологических и психосоциальных факторов в формировании внутренней картины болезни при ИБС //Психопатология, психология эмоций и патология сердца: Тез.докл.- М., 1988.- С.50.
9. Лурия А.Р. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания.- М.: Медицина, 1977.- С.37-68.
10. Манойлов А.Е. Соматоформные расстройства и основы психосоматики. – Челябинск. – 2004 – 24 с.
11. Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях – Москва – 1995.
12. Овсянников С.А., Циганков Б.Д. Пограничная психиатрия и соматическая патология. Клинико-практическое руководство. – М. «Триада – Фарим». 2001 – 100 с.
13. Психиатрическая клиника. Учебное пособие под ред. В.П. Самохвалова. – Симферополь: изд-во КГМУ – 2003 – 608 с.
14. Психиатрия /Под ред. Р.Шейдера.- М.: Практика, 1998.- 485с.
15. Семичев С.Б. Предболезненные психические расстройства.- Л.: Медицина, 1987.- 183с.
16. Соложенкин В.В., Нелюбова В.А. Системный подход при изучении психосоматической патологии //Акт. проблемы соматопсихиатрии и психосоматики.- М., 1990.- С.248-249.
17. Соложенкин В.В., Гузова Е.С. Алекситимия (адаптационный подход) и психотерапевтическая модель коррекции //Соц. и клин. психиатрия.- 1998.- №2.- С.18-25.
18. Старшенбаум Г.В. Психосоматика и психотерапия: исцеление души и тела. – М.: изд-во института психотерапии. – 2005 – 496 с.
19. Ташлыков В.А. Механизмы соматизации внутренней картины болезни при неврозах //Акт.пробл.соматопсихиатрии и психосоматики.- М., 1990.- С.259-261.
20. Ташлыков В.А. Внутренняя картина болезни и ее значение для групповой психотерапии //Групповая психотерапия /Ред. Б.Д.Карвасарский, С.Ледер.- М.: Медицина, 1999.- С.242-271.
21. Телешевская М.Э. Глазами больного.- К.: Здоровья, 1985.- 156с.
22. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. – М.: Медицина 1986 – 384 с.
23. Трегубов И.Б., Прусс Г.Б. Об исследовании уровня алекситимии у больных психосоматическими заболеваниями //Акт. пробл. сомато- психиатрии и психосоматики.- М., 1990.- С.264-265.
24. Харди И. Врач, сестра, больной.- Будапешт: Изд. АН., 1982.- 196с.
25. Холмогорова А.Б., Гаранян И.Г. Групповая терапия неврозов с соматическими масками //Моск.психотерапевт.журн.- 1994.- №2.- С.29-50.