



Олег
СЫРОПЯТОВ
ДЗЕРУЖИНСКАЯ
Наталья

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ

Олег Сыропятов

**Фитотерапия
психосоматических расстройств**

«Автор»

2001

Сыропятов О. Г.

Фитотерапия психосоматических расстройств / О. Г. Сыропятов —
«Автор», 2001

ISBN 978-5-457-08283-0

В пособии для психиатров и интернистов по диагностике и лечению соматоформных («психосоматических» расстройств) представлены основные понятия, клинические критерии и дифференциальная диагностика соматоформных расстройств. Изложены принципы терапии с использованием синтетических психофармакологических препаратов, более подробно – лекарственных трав и комплексных фитопрепаратов. Пособие является продолжением монографии авторов «Гомеопатия и антигоммотоксикология в терапии психических расстройств». Авторы будут признательны за все конструктивные замечания и предлагают всем заинтересованным лицам и организациям сотрудничество по программе «Консультативная психиатрия и психотерапия в Восточной Европе».

ISBN 978-5-457-08283-0

© Сыропятов О. Г., 2001
© Автор, 2001

Содержание

Введение	5
Глава 1. Клиника и диагностика «психосоматических» расстройств	6
Заключение	11
Глава 2. Принципы терапии психосоматических расстройств	12
Конец ознакомительного фрагмента.	15

Олег Геннадьевич Сыропятов, Наталия Александровна Дзеружинская

Фитотерапия психосоматических расстройств: Монография (Библиотека консультативной психиатрии и психотерапии)

Введение

Психосоматическая медицина – раздел общей патологии, изучающий соматические расстройства и болезни, возникающие под влиянием или при участии эмоционального напряжения, в частности, психических воздействий, испытанных индивидуумом в прошлом или в настоящее время (Морозов Г.В., Шумский Н.Г., 1998).

Современная психосоматическая медицина изучает расстройства соматических функций самых различных систем организма: пищеварительной, дыхательной, сердечно-сосудистой, эндокринной и т. д. Наблюдающиеся при этом психосоматические нарушения имеют различную степень выраженности. Уровень этих нарушений и особенности личности пациентов ставят подобные нарушения в ряд с неврозами. Имеется точка зрения, что между неврозами и психосоматическими расстройствами существуют большие различия. Больные неврозами обычно хорошо осознают свои психические конфликты и связанные с ними изменения психического состояния. Больные с психосоматическими расстройствами обычно считают себя только соматически больными людьми (Brautigam W., 1973). Наконец, длительно существующее психическое напряжение может изменить преморбидные черты характера – тогда формируются патологические черты личности с фиксацией на тех или иных соматических проблемах.

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) термин «психосоматические» не используется ввиду различий в его значении на разных языках и в разных психиатрических традициях. Расстройства, описываемые в других классификациях как «психосоматические», могут быть представлены в МКБ-10 как F45.– (соматоформные расстройства), F50.– (расстройства приема пищи), F52.– (сексуальная дисфункция) и F54.– (психологические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами или заболеваниями, классифицированными в других разделах).

О распространенности психосоматических нарушений в целом судить трудно, вследствие многообразия их клинических проявлений больные наблюдаются в разных медицинских учреждениях как общесоматического, так и психиатрического профиля, а чаще обращаются за помощью к представителям «нетрадиционной медицины». Опубликованные данные свидетельствуют о том, что частота психосоматических расстройств достаточно высока и колеблется в населении от 15 до 50 % (Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Креггер Ф., 1996). По данным А.Б. Смудевича и др. (1999), соматоформные расстройства диагностируются в 1 %-3% случаев, нозогенные реакции – в 28,3 %.

Глава 1. Клиника и диагностика «психосоматических» расстройств

Понятие «психосоматика» является современным, но не новым. Суть проблемы заключается в философской несостоятельности, закреплённой на Западе Рене Декартом, утверждавшим, что душа и тело суть противоположности. Развитие психосоматического подхода к человеку зависит от успехов в методологии и общих научных представлений. Автором термина «психосоматика» считается немецкий врач Heinroth (1773–1843). В 1818 году он писал: «Причины бессонницы обычно психически-соматические, однако каждая жизненная сфера может сама по себе быть достаточным основанием». Jacobi, напротив, ввел в 1822 году понятие «соматопсихический», чтобы подчеркнуть доминирование телесного в возникновении некоторых заболеваний. Gross также придерживался психосоматических воззрений. Он занимал примиряющую позицию в споре «соматиков» и «психиков», полагая, что «сущность душевных болезней имеет психосоматическую природу». Весьма современное суждение можно найти у Maudsley: «Если чувства не находят разрядки во внешней физической деятельности или в соответствии с душевной внутренней деятельностью, они действуют на внутренние органы и приносят беспорядок в их функции».

Развитие знаний относительно влияния эмоций на органические процессы в организме связано с именем американского физиолога Уолтера Кэннона (1871–1945), предложившего идею, что организм отвечает на чрезвычайные ситуации определенными адаптационными изменениями в общей физиологической структуре. Он продемонстрировал экспериментально, что «эмоциональные состояния, активируя физиологические функции, призваны подготовить организм к той ситуации, о которой сигнализируют эмоции». Страх и гнев стимулирует кору надпочечников, вследствие чего адреналин активирует углеводный обмен таким образом, что начинает усиленно выделяться сахар для поддержания энергии. Кровяное давление и циркуляция крови изменяются так, чтобы кровь обильно поступала к тем органам, которым возможно предстоит борьба. Одновременно ассимиляционные и резервные функции, такие как пищеварение или усвоение, подавляются: организм должен напрячь все свои силы, чтобы справиться с чрезвычайной ситуацией, включающей страх и гнев, и не может себе позволить роскошь переваривать или усваивать пищу».

На теорию «психосоматической медицины» оказали существенное влияние и идеи З.Фрейда, открывшего путь для адекватного изучения как осознаваемых, так и неосознаваемых эмоциональных стрессов, влияющих на возникновение и развитие органических заболеваний. Работая с пациентами-истериками, З.Фрейд отметил, что те эмоции, которые не выдерживаются сознанием, вытесняются из сознательной сферы и замещаются динамическим фактором, органическим симптомом, проявляющимся в нарушении какого-либо органа, то есть в этом случае соматические симптомы являются «конверсионными истерическими симптомами».

Основоположники психосоматической медицины – Георг Гроддек (1886–1934) и Эрнст Симмела (1882–1947) в Германии, Феликс Дойч (1884–1964) в Австрии, Смит Эли Джеллифер (1866–1945) в США и Анхель Гарма в Аргентине пытались все симптомы, даже те, что затрагивают внутренние органы, объяснить прямым выражением вытесненных мыслей и фантазий. Однако внутренние органы не реагируют на специфические вытесненные мысли, а только на общее эмоциональное состояние.

Франц Александер (1891–1964) предложил стройную теорию объяснения психосоматических связей. Он разграничил истерические конверсионные реакции и адаптивные изменения вегетативных функций, вызываемых эмоциональным напряжением. Для формиро-

вания психосоматических нарушений, по Александеру, необходим «конституциональный фактор Х». Затем, в ответ на психическое напряжение, возникает физиологическая реакция, сопровождающая эмоции. Если эмоциональное напряжение не реализуется вовне, то возникает блокада, приводящая к необратимым изменениям в органах. Причиной блокады действий являются жизненные констелляции, в которых актуализируются конфликты из превербальной жизни индивидуума. То обстоятельство, что речь идет о конфликтах, сформированных в то время, когда психическая структура была еще мало дифференцирована, облегчает, наряду с конституциональным фактором, телесные проявления. Сообразно своей теории, Ф.Александр терапевтические возможности видел в психоанализе. Теория Ф.Александера называется «теория специфических для болезни психодинамических конфликтов». Взгляды Ф.Александера противоположны тому направлению, которое обосновывало корреляцию между соматическими типами реакций и постоянными личностными параметрами – «профилем личности» (Dunbar 1943).

Дальнейшее развитие психосоматического направления связано с представлениями об «алексетимии». Представители Парижской школы Р.Марту и De M'Uzan (1963) описали тип психосоматического больного, характеризующегося неспособностью к свободному фантазированию, повышенно «оперативным мышлением» и «свободным от сновидений конкретизмом». Р.Е. Sifoos (1972) ввел понятие **алексетимии** – неспособности человека к эмоциональному резонансу, буквально «алексетимия» означает «нет слов для названия чувств». Разработке концепции алексетимии предшествовали более ранние исследования J.Ruesch (1948), установившего, что многие пациенты, страдающие классическими психосоматическими болезнями, затрудняются в вербальном и символическом выражении эмоций. Алексетимия характеризуется следующими когнитивно-аффективными особенностями:

- ◆ трудности в идентификации и описании собственных чувств;
- ◆ трудности в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями;
- ◆ снижение способности к символизации, о чем свидетельствует бедность фантазий и других проявлений воображения;
- ◆ фокусирование в большей мере на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях.

Несмотря на критику понятия алексетимии, клинический опыт подтверждает концепцию алексетимии в том отношении, что многие соматически больные проявляют ограниченную способность описывать, дифференцировать аффекты и продуцировать фантазии.

Таким образом, психосоматика представляет собой не столько самостоятельную медицинскую дисциплину, сколько подход, учитывающий многообразие причин возникновения болезней. Б.Любан-Плоцца, В.Пельдингер и Ф.Крегер (1996) называют психосоматическую медицину «интегральной», подчеркивая тем самым целостный подход к пациенту, возможный при совместной работе интернистов и психиатров.

Еще одно направление, близко стоящее к «психосоматической медицине», представлено изучением соматизированных или соматоформных психических расстройств.

Уже в учении о «неврастении» обсуждаются маскированные ее формы (Э.Геккер, 1893). Пограничные психические расстройства традиционно подразделялись на неврозы – приобретенные расстройства и расстройства личности – психопатии. М.Reichardt (1932) видел основное отличие неврозов и психопатий в вегетативном компоненте неврозов. Как отмечает А.Б.Смулевич (1987), значительный вклад в изучение вегетативных расстройств внесли отечественные физиологи, интернисты и невропатологи – Д.Д.Плетнев (1928), Н.К.Боголепов (1954), К.М.Быков, И.Т.Курцин (1960), С.Н.Давиденков (1961), А.М.Вейн (1966) и др.

Проблема соматоформных расстройств представлена в следующих направлениях.

1. **Изучение психовегетативных синдромов** (преимущественно невропатологами). Среди психовегетативных синдромов выделялся *органный*, или изолированный, психове-

гетативный синдром, при котором нарушения локализуются в определенном органе или системе органов, и *общий*, при котором наблюдается многообразие и полиморфизм симптоматики. Кроме того, выделяются следующие компоненты психовегетативного синдрома: соматический, неврологический, психический (Polding W., 1977). Соматический компонент включает разнообразные по интенсивности и продолжительности, а также по характеру болевые ощущения, дисфункции органов, парестезии, удушье. Неврологический компонент – живость рефлексов, незначительный тремор языка, клонус стоп, симптом Хвостека. Клиническим содержанием психического компонента является внутреннее беспокойство, тревога, расстройство сна, озабоченность своим здоровьем, склонность к рефлексии, лабильность настроения, повышенная истощаемость, нарушение концентрации внимания, снижение инициативы. Нередким клиническим проявлением психовегетативных расстройств являются кризы. Существует две точки зрения на природу психовегетативных кризов. Одна точка зрения принадлежит отечественным неврологам А.М.Вейну и О.А.Колосову о «симпатико-адреналовых» и «вагоинсулярных» кризах. Вторая отражает представления американских авторов о «панических атаках». С введением МКБ-10, отечественные психиатры и неврологи также будут пользоваться этим последним, международно признанным названием «панические атаки».

Паническое расстройство – состояние внезапно возникающего дискретного страха, не связанного со специфическими ситуациями или предметами. Согласно МКБ-10 паническая атака характеризуется следующими группами симптомов:

1) вегетативные (усиленное или учащенное сердцебиение, потливость, дрожание или тремор, сухость во рту);

2) относящиеся к груди и животу (затруднение дыхания, чувство удушья, боли или дискомфорт в груди, тошнота или абдоминальный дистресс);

3) относящиеся к психическому состоянию (чувство головокружения, неустойчивость, обморочность, дереализация, деперсонализация, страх потери контроля, сумасшествия или наступающей смерти);

4) общие симптомы (приливы, чувство озноба, онемение или ощущение покалывания).

Панические атаки коморбидны депрессии, алкоголизму, агорафобии, психосоматическим болезням, что делает особо значимым их изучение.

2. Соматизированные расстройства в рамках истерии изучались с XVII века. Эти расстройства характеризуются необычностью, причудливостью, разнообразием клинической картины. К ним относят параличи, гипостезии, анестезии, слепоту, обмороки, припадки, расстройства равновесия, нарушения походки, гиперкинезы, отсутствие болевой реакции, гиперестезию, истерическую глухоту, афонию, амблиопию и другие проявления (Якубик А., 1982). Наиболее общим признаком соматизированных конверсионных симптомов является их множественность, «неоднозначность» в манере предъявления жалоб, невозможность сведения их к какому-либо известному соматическому заболеванию, особая выразительность симптоматики с оттенком гротескности, утрированности и нарочитости, несоответствие между кажущейся тяжестью симптомов и простотой их купирования. По сравнению с классическими описаниями, конверсионные симптомы в настоящее время чаще представлены не расстройствами движений, а психосоматическими и ипохондрическими расстройствами.

3. Третий аспект соматизированных психических расстройств – маскированные депрессии. О соматических симптомах в клинике депрессии врачам известно давно. Этапами освоения данной проблемы можно считать: введение К.Кальбаумом (1889) термина «циклотимия», определение Ю.В.Каннабихом (1914) «эквивалентов депрессивных состоя-

ний», описание Д.Д.Плетневым (1927) «соматической циклотимии». В.М.Бехтерев впервые употребил термин «соматофрения», говоря при этом о состояниях, при которых жалобы больных, адресованные главным образом к соматическим проявлениям, были обусловлены именно депрессией, как основным патологическим расстройством. Понятие «маскированная депрессия» получило значительное распространение в 70-х годах XX-го столетия. По мнению К. Leonhard (1981), маскированная депрессия угрожала превратиться в модный диагноз. Сущность витальных вегетативных проявлений депрессии состоит в том, что депрессивный осевой синдром отступает на задний план перед многообразными соматическими нарушениями, но при тщательном обследовании больного всегда выявляется (Weitbrecht, Glatzel). О.П.Вертоградова (1997) сравнивает такую депрессию с айсбергом, обнаруживающим на поверхности лишь небольшую часть аффекта, оценка которого требует дополнительного квалифицированного исследования. По данным ВОЗ, 60–80 % больных депрессией не попадают в поле зрения психиатра и безуспешно лечатся интернистами (Costa-e-Silva J.-A., 1993). При этом более половины больных не осознают, что страдают каким-либо психическим расстройством, и предъявляют только соматические жалобы. Часто депрессия сосуществует с тревогой, или они следуют друг за другом, создавая клинический континуум тревожно-депрессивных состояний с преобладанием того или иного аффекта. Большинство этих состояний, вследствие алекситимии, проявляются не столько психическими, сколько соматическими расстройствами. Как отмечает С.Н.Мосолов (1995), феноменология психосоматических расстройств при депрессии и тревоге несколько отличается.

Для депрессии более характерны так называемые протопатические телесно-витальные переживания, тесно связанные с глубокими эмоциями или феноменом тоски. Кроме того, характерны переживания упадка витального тонуса, общей слабости, телесного бесчувствия.

При депрессии довольно часто встречаются сенестопатии. Сенестопатии – это разнообразные, крайне неприятные, тягостные ощущения стягивания, жжения, давления, перегибания, переворачивания, щекотания и пр., исходящие из различных областей тела, внутренних отдельных органов и не имеющие определяемых соматическими методами исследования причин (Снежневский А.В., 1983). Для отличия сенестопатий от других феноменов G. Huber (1975) предложил следующие критерии, разработанные им при исследовании «коэстетической шизофрении»:

- ◆ субъективная новизна и отличительность ощущений – «что-то новое, раньше не пережитое»;

- ◆ трудность в описании ощущений, отсутствие подходящих слов для передачи этих качественно «неестественных» и неприятных телесных ощущений (алексетимия);

- ◆ быстрая амнезия пережитых сенестопатий.

И.Р.Эглитис (1977) выделял следующие варианты статик сенестопатий:

- ◆ «истинные» сенестопатии, соответствующие классическому описанию;

- ◆ «элементарные» сенестопатии, похожие на обычные болевые ощущения у соматических пациентов;

- ◆ «фантастические» сенестопатии, сопровождающиеся расстройствами мышления.

Кроме того, сенестопатии отличаются по динамике. Выделяются:

- ◆ пароксизмальные сенестопатии, наблюдающиеся в виде «элементарных ощущений» в дебюте психических расстройств;

- ◆ фазные сенестопатии, связанные с аффективными фазами;

- ◆ хронические сенестопатии.

У многих больных имеется взаимосвязь между интенсивностью сенестопатий и тяжестью депрессии в пределах суток или всей депрессивной фазы. Имеется известное сходство между «сенестопатической» и так называемой «вегетативной» депрессией. Считается, что

сенестопатические ощущения бывают как бы психосоматическими эквивалентами депрессии (Эглитис И.Р., 1977).

А.К.Суворовым (1983) дан детальный феноменологический анализ сенестопатических переживаний при депрессии. Им выделяются динамические, алготермические, генерализованные, барические, барицентрические, атонические и телесные анестетические сенсации. В общемедицинской практике депрессивные пациенты обычно предъявляют мало специфические жалобы на усталость, слабость, головные боли, боли в области сердца, диспепсические явления, болевые ощущения в теле и конечностях. Как отмечает J. Angst (1990), поскольку в общемедицинской практике встречаются чаще короткие, в несколько дней, депрессивные эпизоды больные не «успевают» попасть в поле зрения психиатра.

В отличие от депрессии, при тревожных расстройствах психосоматические проявления имеют более выраженный вегетативный характер. Это тахикардия, боли за грудиной, одышка, ощущение нехватки воздуха, расширение зрачков, тремор, гипергидроз, бледность кожных покровов, сухость во рту, тошнота, диарея, снижение аппетита, ощущение жара или холода, бессонница, никтурия, повышение артериального давления и содержания глюкозы в крови.

В ряде случаев распознавание соматизированных депрессии и тревоги возможно только в процессе психофармакотерапии. При депрессии показана тимоаналептическая терапия, а при тревоге – лечение бензодиазепиновыми транквилизаторами и бета-адреноблокаторами.

Можно выделить четыре аспекта взаимоотношений депрессии и соматических расстройств:

- 1) соматизированная депрессия;
- 2) депрессия как следствие соматического заболевания;
- 3) коморбидность депрессии и соматического заболевания;
- 4) лекарственная депрессия при лечении соматического заболевания.

В каждом из случаев терапевтическая стратегия отличается специфичностью. Депрессия и тревога нередко коморбидны ипохондрическому расстройству, основным признаком которого является «постоянная озабоченность возможностью заболевания одним или более тяжелым и прогрессирующим соматическим расстройством. Больные постоянно предъявляют соматические жалобы или проявляют озабоченность своим соматическим состоянием. Источником такой озабоченности являются телесные ощущения, интерпретируемые больными как аномальные. Многие авторы отстаивают ту точку зрения, что сенестопатии и ипохондрия так тесно связаны в едином синдроме, что разграничить их невозможно. Е.Б.Глузман (1967) и другие авторы считали сенестопатии постоянным компонентом ипохондрии. Однако, еще E.Dupre (1925) подчеркивал, что «если почти все больные с истинной ипохондрией имеют сенестопатии, то далеко не все больные с сенестопатиями бывают ипохондричны». В своих исследованиях И.Р.Эглитис (1977) также подтверждает это положение. В МКБ-10 ипохондрические расстройства включены в рубрику **F4 Невротические и соматоформные расстройства**. Понятие «соматоформные расстройства» в современной классификации болезней отражает различные теоретические влияния. С одной стороны это психоаналитическая и психодинамическая позиция с понятиями конверсии, вытеснения, соматизации психологического страдания, с другой – европейская концепция вегетоневрозов, органоневрозов, с третьей – клиническая психиатрическая традиция Е.Крепелина.

Заключение

Таким образом, психосоматическая медицина представляет собой современное направление здравоохранения, учитывающее комплексные сомато-психо-социальные взаимодействия при возникновении, течении и терапии заболеваний. В рамках психосоматической медицины различаются клиническая, интегрированная, поведенческая и позитивная психосоматика.

Можно выделить следующие аспекты психосоматических заболеваний:

- ◆ психосоматические реакции, появляющиеся в напряженных жизненных ситуациях;
- ◆ конверсионные симптомы, отражающие невротический конфликт, вторичный соматический ответ и проработку;
- ◆ функциональные синдромы отдельных органов или систем органов («органные неврозы»);
- ◆ психосоматические болезни в узком смысле слова, называемые также психофизиологическими аффективными эквивалентами, «святая семерка»: бронхиальная астма, язвенный колит, тиреотоксикоз, эссенциальная гипертония, нейродермит, ревматоидный артрит, язвенная болезнь 12-ти–перстной кишки;
- ◆ психические расстройства с соматоформными проявлениями по МКБ-10:
 - а) соматизированное расстройство;
 - б) ипохондрическое расстройство;
 - в) соматоформная вегетативная дисфункция, сходная с «органными неврозами»;
 - г) хроническое соматоформное болевое расстройство;
- ◆ соматогенные психические расстройства (симптоматические психические расстройства вследствие физической болезни F06);

Следует особо подчеркнуть то обстоятельство, что влияние различных национальных психиатрических и психоаналитических воззрений, смешение взглядов различных исторических эпох и терминологическая путаница затрудняет диагностику и терапевтическую стратегию в отношении психосоматических больных.

Глава 2. Принципы терапии психосоматических расстройств

1. **Психосоматические реакции** не требуют специального лечения, поскольку отражают нормальную физиологию. Однако длительные или чрезмерные психосоматические реакции могут служить предикторами прогнозирования развития клинических и психосоматических нарушений у конкретного субъекта.

2. **Конверсионные симптомы** по своему генезу определяют преимущественный способ терапии. Необходимо психоаналитическое рассмотрение динамики конфликта и воздействие методами поведенческой терапии. Психосоматические расстройства успешно преодолеваются с помощью позитивной психотерапии (Н.Пезешкиан, 1996). Из отдельных этапов этого метода, стадии наблюдения/дистанцирования и вербализации больше основываются на психоаналитическом подходе, в то время как инвентаризация, ситуативное ободрение и расширение системы целей основываются на поведенческой психотерапии. Как отмечает В.Д.Менделевич (1996), метод позитивной психотерапии универсален, поскольку психологическая часть терапии любого заболевания может и должна содержать позитивную поддержку и ободрение терапевтом способности пациента преодолеть болезнь. Конверсионные симптомы также могут быть преодолены с использованием техник нейролингвистической психотерапии (НЛП). Стойкие изменения следует лечить с использованием аналитически ориентированной психотерапии.

3. **Функциональные синдромы отдельных органов или систем органов** («органные невроты»). Понятие «органный невроз» является клиническим архаизмом, нисходящим к У.Келлену (1777). В отечественной литературе необходимость выделения «органных невротозов» или «системных невротозов» обосновывается в работах В.Н.Мясищева (1959), И.М.Аптера (1964), Б.Я.Первомайского (1974). А.М.Вейн с соавт.(1981) полагал, что вегетативные расстройства – важнейшие проявления клиники соматических нейрогенных расстройств. Поэтому предлагалась следующая схема развития системного невроза: эмоциональный стресс – психический конфликт – невроз – вегетативные нарушения – соматические расстройства. В соответствии с этими представлениями терапевтическая стратегия должна включать две составляющих:

- ◆ психотерапию, направленную на разрешение психического конфликта;
- ◆ биологическую терапию, способствующую редукции вегетативных нарушений и соматических расстройств.

Методы психотерапии, применяемые для лечения системных невротозов, разнообразны, но в каждом из случаев необходимо учитывать следующие психологические факторы: картину личности, нарушение произвольного контроля за физиологическими функциями, недостаточное стремление к решению актуальной проблемы, дезадаптивные стратегии преодоления.

Поскольку формирование системного невроза происходит на неосознаваемом уровне, на первом этапе психотерапии необходимо выявить актуальный конфликт, приведший к соматизации психического расстройства. Чтобы понять, как возникают симптомы актуального невроза в виде психосоматических проявлений, необходимо учитывать подавление пациентом агрессивности. Применение современных методов поведенческой терапии предполагает воздействие на все уровни поведенческого ответа. Больным с системными (органными) невротозами следует предлагать релаксационный тренинг и прогрессирующую

щую мышечную релаксацию. Использование групповой психотерапии более эффективно. Предпочтительна закрытая группа, состоящая из пациентов одного врача. Адекватная психотерапия является непременным условием применения психофармакотерапии. Выбор лекарственного препарата определяется ведущей симптоматикой. При системных неврозах используются следующие синтетические психотропные средства:

- ◆ транквилизаторы бензодиазепинового ряда, купирующие тревожные и вегетативные расстройства (Рудотель®, Феназепам® и др.);
- ◆ альпразолам (Кассадан®), являющийся переходным препаратом между антидепрессантами и транквилизаторами;
- ◆ бета-адреноблокаторы (Пропранолол и др.);
- ◆ антидепрессанты с минимальным побочным эффектом (СИОЗС – Флоксетин®, Ципрамил®).

4. При **психосоматических болезнях** в узком смысле психотерапия строится в соответствии с профилем личности (F.Dunbar).

Заболевания сердечно-сосудистой системы

а) Ишемическая болезнь сердца

F.Dunbar впервые описал личность больных с коронарной болезнью как агрессивно-компульсивную со стремлением много времени проводить на работе и завоевывать авторитет. Friedman & Rosenman определили типы А и Б. Личности типа А – субъекты агрессивные и враждебные; личности типа Б – спокойные и менее агрессивные. Психотерапия в обоих случаях должна быть направлена на преодоление переживания «потери объекта» и «нарцисстической обиды». Высокая коморбидность с дистимической депрессией определяет назначение этим больным антидепрессантов. Препаратами выбора являются ингибиторы МАО обратимого действия (Пиразидол, Моклобемид, Инкозан, Бефол). При резистентных к терапии состояниях хорошие результаты достигаются комбинированным применением серотонинергических антидепрессантов (Сертралин, Флуоксетин) с Миансеринном, поскольку одновременная блокада пресинаптических альфа-2-адренорецепторов усиливает синаптическую моноаминовую передачу.

б) Артериальная гипертензия

Лица с повышенным артериальным давлением склонны к накоплению аффекта при внешне благоприятном поведении. Указывается также на внутриличностное напряжение таких больных, связанное с агрессией с одной стороны и чувством зависимости с другой стороны. По сравнению с нормотониками у них изменено восприятие конфликта и стресса. В соответствии с этим строится терапия. Из психотерапевтических методов эффективны поведенческая терапия в виде биоподкрепления, медитация, прогрессирующая мышечная релаксация. Помимо антигипертензивных средств, хороший эффект дает альпразолам, поскольку такие пациенты склонны к тревожным расстройствам.

в) Нейроциркуляторная дистония (синдром Da Costa)

часто встречается в терапевтической практике. Диагностическими критериями для нейроциркуляторной дистонии являются следующие:

- ◆ жалобы на невозможность глубоко вздохнуть, одышку;
- ◆ сердцебиение, боли или дискомфорт в груди;
- ◆ нервозность, головокружение, слабость или дискомфорт в толпе;
- ◆ чрезмерная утомляемость и ограничение активности;

◆ сильная потливость, бессонница и раздражительность.

Согласно разделу V МКБ-10, диагностические критерии нейроциркуляторной дистонии близки к тревожным расстройствам. В тех случаях, когда на первое место в симптоматике выступает кардиофобия, следует проводить дифференциальную диагностику с аффективными эндогенными нарушениями и малопрогрессирующей шизофренией. Кардиофобический синдром объединяет приступы острого страха и тревожного опасения, возникающие после них, основным содержанием которых является угроза существованию и соматическому благополучию, связанная с работой сердца, проявляющиеся в комплексе с вегетативными нарушениями. В межприступный период можно выделить основные компоненты расстройства: вегетативный, сенсорный, идеаторный и деперсонализационный. При выборе терапии следует учитывать особенности аффективного фона, на котором происходит развитие кардиофобического синдрома, представленность и выраженность компонентов синдрома, их связь с аффективным компонентом, а также нозологическую принадлежность расстройства. Психотерапия показана всем больным с кардиофобией и состоит из индивидуального обучения больного и групповой терапии. Психофармакологическая терапия фокусируется на доминирующей симптоматике – «мишени». Кроме того, следует учитывать влияние некоторых психотропных препаратов на сердечно-сосудистую систему.

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.