

Оренбургская государственная медицинская академия

Кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии
факультета последипломной подготовки специалистов

Оренбургская муниципальная клиническая больница восстановительного
лечения

**В.А.Дереча, Г.И.Дереча,
Р.С.Егоров**

ПСИХОГЕННЫЕ СОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Оренбург - 2005

Оренбургская государственная медицинская академия

Кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии
факультета последипломной подготовки специалистов

Оренбургская муниципальная клиническая больница восстановительного
лечения

Рекомендовано к изданию
Центральным методическим
советом ГОУ ВПО «ОрГМА» МЗ
РФ и Советом по внедрению
Главного управления здравоохранения
администрации Оренбургской области

**В.А.Дереча, Г.И.Дереча,
Р.С.Егоров**

ПСИХОГЕННЫЕ СОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Пособие для врачей

Под редакцией профессора В.А.Деречи

Оренбург – 2005

Исцели Душу и она исцелит
твоё тело:
психологически можно
защитить себя от любого
недуга и многих проблем

**Психотерапевтическая поликлиника Оренбургской муниципальной клинической
больницы восстановительного лечения
(ул. Бр.Коростелевых 62; автобус и такси № 18, ост. Кирпичный завод)**

Люди – существа душевные и поэтому более 80% их переживаний, стрессов и конфликтов отражаются на настроении и приводят к прогрессирующим нарушениям нервной регуляции, сердечно-сосудистым изменениям, желудочно-кишечным расстройствам, болезням желчного пузыря и печени, кожи, щитовидной железы и мн.др. Часто при этом беспокоят головные боли, бессонница, отсутствие аппетита или, наоборот, его усиление и, как следствие, - ожирение. У многих мужчин и женщин из-за «нервов» развиваются отклонения в сексуальной сфере. Не остаются в стороне суставы и позвоночник. Страдает также иммунитет и способность организма противостоять инфекциям, раку и другим болезням. Наступают преждевременная старость и дряхлость.

Своевременное обращение к клиническому психологу и психотерапевту улучшит Ваше настроение, облегчит и защитит Вашу Душу, излечит болезни на нервной почве и предотвратит на многие годы патологические последствия Ваших забот, проблем, переживаний: психосоматические болезни, пристрастия к курению, алкоголю, перееданию и т.п.

Неудовлетворенность тем, как складывается жизнь, у взрослых и детей часто приводит к алкоголизации и курению. При этом люди с вредными привычками *обычно не осознают душевных причин своих пагубных пристрастий, всевозможных зависимостей личности и вредных увлечений и привычек*, например, таких как азартные игры и т.п.

В нашем Центре Вас внимательно примут взрослый и детский психотерапевты, нарколог, клинический психолог, рефлексотерапевт (иглоукалывание), специалист по мануальной терапии. К Вашим услугам при необходимости все возможности клинической больницы восстановительного лечения (стационарные обследования и консультации всех нужных специалистов, физиотерапия, водные процедуры, фитотерапия, иглоукалывание, гипноз и др.).

Клиника является лечебно-научно-учебной базой медицинской академии и Центром психологической и психосоматической помощи взрослым и детям. Научный консультант клиники профессор В.А.Дереча, врач высшей квалификационной категории, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии.

Адрес: ул. Бр.Коростелёвых, 62; тел. 56-82-83

Главный врач кандидат медицинских наук – А.В.Горлов; тел. 56-88-62

Заместитель главного врача Т.И.Докучаева; тел. 56-82-65

Зав. поликлиникой ассистент кафедры медакадемии – Г.И.Дереча; тел. 56-82-83

Введение

Известно, что в возникновении многих физических заболеваний определенную роль играют психологические и поведенческие факторы. Часто они лишь изменяют неспецифическую сопротивляемость организма (например, при инфекциях), но не являются первопричиной болезни. Однако, существует большая группа физических заболеваний, в развитии которых психологические факторы имеют существенное значение: гипертоническая болезнь, стенокардия, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, нейродермит, неспецифический хронический полиартрит, мигрень и др. Эти болезни получили название психосоматических (сначала в психологии и психиатрии, а затем и в общей медицине).

Их возникновение объясняется механизмами стресса, разноплановостью мотивов индивидуума вследствие комплексов и внутриличностного конфликта. В конечном счете, наступает недостаточность механизмов психологической защиты от чрезмерных и пролонгированных переживаний, в результате чего развиваются невротические и соматоформные расстройства (функциональные, неорганические физические нарушения), которые затем перерастают в органические соматозы.

Принято считать, что соматизации переживаний в наибольшей мере способствуют тревога (Краснушкин Е.К., 1934; Морковкина И.В., Серпуховитина Т.В., 1992; Freud S., Breuer J., 1966; Barnet C., 1971; Tyrer P., 1976; Mendelson G., 1982; Kellner P., 1988), и депрессия (De Leon J., Saiz-Ruiz J., Chinchilla A., et al., 1987; Smith G.R., 1992).

Основным звеном в психогенезе этих расстройств является неадаптивный (нерациональный) способ «самозащиты» - вытеснение из сознания конфликтов, переживаний, психотравмирующих обстоятельств – вместо их проработки и устранения причин стресса. Например, гипертоническая болезнь связывается с наличием внутреннего конфликта между необходимостью высокого контроля своего поведения (сдерживать себя) и невозможностью проявить свою свободу, самостоятельность, власть и выразить все свои накопившиеся чувства. А они в глубине души трансформируются либо в тревогу, либо в агрессивность, которые направляются на себя (сердце, сосуды и др. органы), либо в депрессию.

*В отличие от невротических расстройств, в основе которых лежит вытеснение лишь конфликтов, при психосоматических болезнях имеет место двойное или даже тройное вытеснение из сознания: психотравмирующих обстоятельств, мотивов своего поведения и эмоциональных переживаний. Эти болезни получили название **истинных психосоматозов**. В обыденной жизни их называют заболеваниями «на нервной почве». Начальным этапом органических (истинных) психосоматозов являются невротические (неорганические) соматоформные расстройства (СФР).*

В руководстве по психическим расстройствам III пересмотра Американской психиатрической ассоциации (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1980, 1987) **соматоформные расстройства**

определяются как группа психопатологических нарушений, сходных с проявлениями соматической патологии, которая при соответствующем обследовании, однако, исключается. В руководстве по психиатрии под редакцией А.С.Тиганова (1999) основным признаком СФР считается наличие симптомов, имитирующих физические болезни. Гиндикин В.Я. (2000) определяет СФР как *соматизированное психическое расстройство*.

Ю.В.Попов и В.Д.Вид (1997) указывают, что принцип развития этих расстройств состоит в появлении на фоне психосоциального стресса соматических жалоб в отсутствие морфологических изменений соответствующих органов. При этом, однако, во многих случаях обнаруживаются «неспецифические и функциональные нарушения» этих органов. Авторы отмечают также многофакторный генез СФР и указывают на врожденное многообразие реагирования человека на дистресс, которое обуславливается подкорковыми центрами.

В международной классификации болезней 10 пересмотра, как и в указанной выше американской классификации психических расстройств, введена самостоятельная рубрика «соматоформные расстройства» (F45), а также рубрика F54 для оценки психологических факторов в развитии собственно соматических заболеваний.

Традиционно СФР рассматриваются в рамках психогений. Однако, определяющими факторами возникновения этих расстройств являются не только психогении, но также наследственная предрасположенность, соматическая ослабленность, переутомление, профессиональные вредности, семейное неблагополучие. Чаще имеет место сочетание нескольких факторов (Гиндикин В.Я., 2000). Психологический конфликт предрасполагает человека к определенным расстройствам, когда к этому имеются другие генетические, биохимические и физиологические причины (Alexander F., 1934, 1951). На значимый вклад генетических факторов указывает Э.Б.Дубницкая (1992). Влияние конституциональных свойств личности на особенности проявления СФР описывает М.О.Лебедева (1992). Прежде всего имеет значение невропатическая (соматопатическая) конституция. Важен также соматотонический вариант темперамента – повышенная чувствительность к соматическому самочувствию (Sheldon W.N., 1942). Общий признак всех психосоматических личностей – ущемленность и неадекватность их притязаний.

Следует учитывать, что дифференциальная диагностика СФР с соматическими расстройствами особенно затруднена при их одновременном сосуществовании, причем вероятность появления независимого соматического расстройства у больных с СФР не меньше, чем у других людей того же возраста.

В последние годы получила развитие концепция коморбидности – совместного проявления двух и более заболеваний (Barlow D, Di Nardo P., Vermilyea П. et al., 1986.; Ruitер C.de., Rijken H., 1989; Akiskal M.S., 1990). Эта концепция требует оценки симптомов как исходно независимых, предельно однородных признаков, сопатологических.

В проблеме коморбидности важное место занимает концепция «*вегетативного невроза*», разработанная F.Alexander (1951), согласно которой между эмоциональным конфликтом и соматическими нарушениями существует промежуточное звено – врожденные или приобретенные патофизиологические нарушения, которые поддерживаются неразрешенными психическими конфликтами и при длительном существовании могут приводить во внутренних органах к реальным морфологическим изменениям – психосоматическим заболеваниям.

Психосоматическая медицина начинается с работ S.Freud (1948, 1957, 1971), S.Freud и J.Breuer (1966) о конверсии психической травмы в соматические симптомы. F.Alexander (1948, 1951) одним из первых показал роль психических факторов в развитии соматической патологии. Однако, в экспериментальных исследованиях учеников академика И.П.Павлова (Быков К.М., 1947; Быков К.М., Курцин И.М., 1960) уже давно доказано значение церебральных механизмов в формировании психосоматической патологии. Особенно они стали понятными, когда была установлена роль лимбической системы головного мозга в регуляции не только эмоций, но и всех висцеральных функций.

В отечественной психиатрии соматопсихическое направление обосновал В.А.Гиляровский (1954). Психосоматические соотношения были освещены также в работах А.Р.Лурия (1944), Е.К.Краснушкина (1950), К.А.Скворцова (1961, 1964), А.Б.Смулевича (2000).

Связующим звеном между психической и соматической сферами является аффект, выражающийся чаще всего тоской, тревогой или чувством страха, которые оказывают патогенное действие на весь организм. Нередко это также аффекты агрессии, злобы, гнева, ревности, горя, утраты, отчаяния, зависти и т.п. Стимулы из ЦНС через вегетативную и нейроэндокринную системы поступают к внутренним органам и вызывают в них патологические изменения. Причем совершенно различные отрицательные эмоции сопровождаются довольно однотипными регуляторными сдвигами. Повышается возбудимость симпатoadренальной системы, возрастает секреция катехоламинов, что вызывает тахикардию, спазмирование сосудов с повышением АД, усиление прилива крови к мышцам. Лимбическая система, являющаяся одновременно центром эмоций и одной из надсегментарных вегетативных структур, обуславливает согласование эмоциональной реакции и ее нейровегетативного и нейроэндокринного обеспечения. Медиаторные нарушения при психовегетативных расстройствах могут иметь место в различных отделах головного мозга, в частности результатом дисфункции лимбической системы может являться преобладание тревоги; изменение регулирующего влияния ретикуляторной формации может обусловить психовегетативные пароксизмы. *Вегетативная дисфункция – это дезинтеграция всего лимбико-ретикулярного комплекса.*

Симптомы вегетативной дисфункции могут обозначаться целым рядом синонимов, каждый из которых имеет свои нюансы: психовегетативный синдром, висцеровегетоневроз, вегетативный невроз,

системный невроз, синдром вегетативной дисфункции, вегетососудистая дистония, нейроциркуляторная дистония, синдром вегетативной дистонии, общий психосоматический синдром. В последние годы отдается предпочтение термину «синдром вегетативной дистонии» (СВД), т.к. он включает проявления всех форм нарушения вегетативной регуляции; это понятие указывает как на наличие расстройств в различных системах, так и на дисфункцию надсегментарных структур.

Согласно классификации А.М.Вейна (1988), вегетативные нарушения могут быть центральными (надсегментарными) и периферическими (сегментарными). Первые из них заключаются в перманентных пароксизмальных расстройствах генерализованного и (или) локального характера в сочетании с эмоциональными расстройствами. Надсегментарные расстройства могут быть первичными (например, вегетативно-эмоциональный синдром конституционального характера или при остром и хроническом стрессе и др.) и вторичными (неврозы с вегетативными расстройствами, вегетативно-эмоциональный синдром при алкоголизме, наркоманиях, при соматической и психосоматической патологии и др.).

Психовегетативные расстройства объединяют множество симптомов, из которых наиболее распространены тревога, внутреннее напряжение, нарушение сна, раздражительность, неадекватные эмоциональные реакции, а также нередко возникающие пароксизмы фобий и панических атак страха.

Периферические вегетативные расстройства не сочетаются с эмоциональными нарушениями. Однако, в настоящее время обсуждается возможное участие метасимпатической системы в развитии психовегетативного синдрома (Redmond D.E., 1994).

Третий вид нарушений – сочетанные центральные и периферические, причем нарушения возбудимости ВНС чаще возникают на обоих уровнях.

При часто встречающихся вегетативных нарушениях различают следующие типы вегетативных реакций:

- симпатoadреналовая – симпатическая (тахикардия, тремор, ознобоподобные гиперкинезы, гиперемия, боли в области сердца, чувство страха, похолодание рук и ног);
- вагоинсулярная – парасимпатическая (слабость, нарушение дыхания, брадикардия, чувство замирания сердца, головокружение, полиурия);
- смешанная – амфитонические состояния.

«Чистые» ваготонии и симпатотонии встречаются редко, поэтому правильнее говорить о преобладании симпатического или парасимпатического влияния ВНС. При СФР, как и при других психосоматических заболеваниях, психическое состояние больного укладывается в один из следующих синдромов: психовегетативный (в 2^{yx} разновидностях – органная и общая), локальный органо-невротический в виде монорасстройства, астенический, истеро-конверсионный, депрессивный, психической и нервной анорексии и дисморфофобии. Для

соматоформных заболеваний характерен невротический уровень расстройств (Гиндикин В.Я., 2000).

В МКБ-10 среди СФР в зависимости от преобладающей симптоматики выделяются следующие основные рубрики: «органные невроты» («соматизированное расстройство - F45.0 и недифференцированное соматоформное расстройство – F45.1); ипохондрический невротизм и небредовая дисморфофобия (ипохондрическое расстройство – F45.2); вегетативные невроты» («соматоформная вегетативная дисфункция» F45.3), маскированные депрессии соматический вариант депрессии – F32.8).

Кроме того, в МКБ-10 выделены еще две четко очерченные рубрики редко встречаемых расстройств: «хроническое (устойчивое) соматоформное болевое расстройство» (F45.4) и «другие соматоформные расстройства (F45.8), например, психогенный зуд, ком в горле, психогенная дисменорея.

Для соматизированного расстройства (F45.0) характерны полиморфные и меняющиеся соматические ощущения, которые представлены варьирующими от незначительных до выраженных, острых феноменов, с функциональными нарушениями внутренних органов. Часто при этом обнаруживается отчетливая депрессия и тревога.

А.Б.Смулевич, А.О.Лебедева (1992) при изучении функциональных алгий, являющихся одним из наиболее частых вариантов СФР, описали 2 типа болей – психогенные (диффузные, мигрирующие, сопровождающиеся другими невротическими расстройствами, прежде всего конверсионными) и идиопатические (локальные, с четкой проекцией по отношению к отдельным органам и анатомическим образованиям, с незначительной выраженностью или отсутствием других невротических расстройств).

Хроническое соматоформное болевое расстройство (F45.4) характеризуется стойкими мономорфными идиопатическими болями, с самого начала неизменными по локализации и интенсивности, имеющими четкие проекции по отношению к отдельным органам и не сопровождающимися сколь либо выраженной невралгической и психовегетативной симптоматикой. Типичен мучительный оттенок болей. Появление их чаще всего спонтанно. Положительная реакция на анальгетики отсутствует. Ю.В.Попов и В.Д.Вид (1997) указывают на высокую коморбидность алгий с депрессией, однако, не исключают, что депрессия может являться следствием хронического болевого синдрома. Основой синдрома авторы предполагают недостаточный выброс эндорфинов или недостаточное центральное торможение афферентных импульсов, снижающее болевой порог. Характерно преодоление болевых расстройств путем вычурных, brutальных методов лечения с возможной аутоагрессией.

Ипохондрия (F45.2) – это чрезмерное, безосновательное внимание к своему здоровью, озабоченность даже незначительным недомоганием или убежденностью в наличии тяжелой болезни, нарушений в телесной сфере или уродства. Ведущие структурные элементы: парестезии, психалгии, сенестоалгии, сенестопатии. Характерно стремление преодолеть недуг путем оздоровительных мероприятий, щадящего режима с манипулированием в семье и иных социальных сферах.

В группу «другие соматоформные расстройства» (F45.8) входят такие, при которых жалобы больных не опосредуются через ВНС и ограничиваются отдельными системами или частями тела: ощущения «разбухания», движения по коже; чувство кома и другие признаки дисфагии; психогенная кривошея и другие миоспастические расстройства; психогенный зуд; психогенная дисменорея; скрежетание зубами. Сюда же относятся любые другие расстройства ощущений, тесно связанные по времени со стрессовыми событиями.

Согласно литературным данным (Михайлов Б.В., Сарвир И.Н., Баженов А.С. и другие, 2002), в плане дифференциации с соматической патологией наибольшие сложности представляют изолированные функциональные нарушения в деятельности тех или иных органов – либо так называемые «органные неврозы», либо состояния, сопровождающиеся объективными признаками вегетативного возбуждения – «вегетативные неврозы». Разумеется, что слово «невроз» в данном случае относится к человеку в целом и речь идет о расстройствах в тех или иных органах преимущественно.

В лечении больных СФР базисным направлением сейчас является психотерапия (Простомолотов В.Ф., 2000; Михайлов Б.В., Сарвир И.Н., Баженов А.С. и др., 2002). Однако, превалирование в клинической картине соматовегетативных симптомов требует также медикаментозного лечения, включающего широкий спектр психотропных средств (транквилизаторы, анксиолитики, антидепрессанты, ноотропы, нейролептики), желательного в виде монотерапии в сравнительно малых дозах. При психотерапии больных СФР используется весь спектр современных ее форм и методов. Для лечения психовегетативных расстройств целесообразно использовать рациональную и когнитивно-поведенческую терапию, метод психосемантической коррекции, позволяющие эффективно воздействовать на социально-биологическую сферу больного. В ряде случаев эффективны методы биологической обратной связи, системные психотехнологии, корригирующие психосемантические нарушения, вызванные информационным стрессом. Важным итогом этого лечения является оптимизация информационных полей и социально-биологических систем, окружающих пациента.

Глава 1. Психогенные расстройства

1.1. Понятие психогений

Термин «психогении» предложил в 1904 г. R.Sommer для обозначения психических расстройств, обусловленных тяжёлыми переживаниями. Сами нарушения психогенного происхождения известны с глубокой древности. Ещё Эразистрат – знаменитый древнегреческий врач, живший в 3 в. до н.э., - исцелил глубокую депрессию из-за безнадёжной любви у сына Сирийского царя Антиоха. В средние века описывалось множество психозов в форме «одержимости бесом», превращения в животных (например, - ликантропия)», «одичания», которые в начале 20 в., благодаря исследованиям J.Charcot, а затем S.Freud стали рассматриваться как психогенные истерические состояния. Основную характеристику психогениям дал K.Jaspers, в первой половине 20 в. он выделил три общих их свойства: связь расстройств по времени с действием психической травмы; психологическую понятность переживаний больных и фабулы болезненных проявлений; регресс расстройств и их обратимость по мере уменьшения значимости травмирующей ситуации. Дальнейшее изучение диагностической значимости данных критериев показало их относительность, возможность отставленных психогенных расстройств и не обязательную их психологическую понятность. Поэтому современное понимание психогений основывается на более уточнённых научных представлениях

Психогениями называются психические заболевания, развивающиеся функциональным путём – вследствие лично значимых интенсивных переживаний (острых или хронических), вследствие шокирующих чрезвычайных обстоятельств (особенно – с угрозой для жизни), а также вследствие нервных перенапряжений и срывов, трудно разрешимых ситуаций, проблем и конфликтов.

Этиологическая структура психогений представлена психотравмирующими обстоятельствами (ведущий фактор), а также факторами предрасположения (индивидуальная уязвимость, церебральная «почва»). Выяснение этиологической структуры имеет важное практическое значение для понимания происхождения психогений и диагностики их конкретного вида.

Психотравмирующие обстоятельства являются непосредственной причиной психогенных заболеваний. Наиболее частые из них – семейно-бытовые ситуации: супружеские конфликты, развод, ссоры с родителями, смерть и тяжёлые заболевания близких людей; отсутствие любви, ревность, измена; материальные затруднения и личная неустроенность, одиночество. Далее следуют служебные и производственные неурядицы и конфликты, нелюбимая работа. К психогениям могут привести также страх перед каким-то событием или перед какими-то людьми, угрозы, ограбление, пленение, избиение, изнасилование; терроризм, захват в заложники, стихийные бедствия, аварии и катастрофы; испуг (особенно у детей); сексуальные неудачи. Психогенным также может быть необдуманное,

недеонтологическое поведение медицинского персонала, ведущее к ятрогениям.

При оценке психотравмирующих событий важно определять личностное к ним отношение. Так, например, одному мужчине А. 52 лет, заместителю начальника цеха, предложили должность первого руководителя – стать начальником цеха. На первый взгляд, со стороны, это радостное событие. Так его и воспринял молодой врач – психиатр, к которому обратился больной А. Оказалось, что больной по характеру робкий, неуверенный, мнительный. Будучи знающим специалистом, он справлялся со своими обязанностями за спиной начальника, который брал на себя все важные решения. Больной А. понимал, что ему будет чрезвычайно сложно быть первым руководителем, но ему не хватало смелости решительно отказаться от предложения. Мучаясь в своих сомнениях, он довел себя до депрессивного состояния. Поскольку ему было уже 52 года, то молодому врачу 28 лет показалось, что одного возрастного фактора достаточно для того, чтобы депрессию связать с атеросклерозом сосудов головного мозга. Когда врачу возразили и спросили, а нет ли здесь психотравмирующей ситуации, он ответил: «какая же это травма, когда предлагают повышение по службе». Действительно, для большинства людей это будет приятным событием, но, оказывается, не для всех.

Факторы предрасположения – это то, что снижает порог к стрессам и стрессоустойчивость, повышает уязвимость. Маркеры уязвимости: наследственное психопатологическое и психосоматическое отягощение; меланхолический и холерический темпераменты; выраженная акцентуация характера или психопатический его склад; дефекты воспитания; завышенные жизненные притязания и связанный с ними напряженный образ жизни; привычка во всем спешить; психическая сенсбилизация предшествующими переживаниями, наличие закомплексованности.

«Почвой» психогений являются сопутствующие заболевания и последствия перенесенных поражений головного мозга, приведших к его резидуальной органической недостаточности (патология родов, в частности – асфиксия в родах; менингиты и менингоэнцефалиты; вторичные поражения мозга при заболеваниях печени, почек, сердца, легких, сосудов; острые и хронические отравления; ранее перенесенные черепно-мозговые травмы). Органическая и соматическая «почва», с одной стороны, тоже повышают уязвимость к стрессам, а с другой, - видоизменяют и усложняют клиническую картину и течение психогенных заболеваний.

Классификация психогений по МКБ-10

1. *Острая реакция на стресс* (F43.0);
2. *Посттравматическое стрессовое расстройство* (F43.1);
3. *Хронические изменения личности* после переживания катастрофы или психической болезни (F62.0-1);
4. *Расстройства адаптации* (F43.2);
5. *Невротические расстройства* (неврозы F40-42; F44-48);

6. *Реактивные психозы* (реактивная депрессия – F32; реактивный галлюциноз – F23.3; реактивный параноид - F 23.3; истерические психозы F44).

1.2. Реакция на тяжелый стресс

Понятием стресс в начале 20 в. обозначались те расстройства психики у участников боевых действий, которые были известны под названием «травматический невроз», а позже стали именоваться посттравматическим стрессовым расстройством». Н.Selye разработал теорию стресса. Ранее стресс рассматривался, как состояние, вызываемое травмой. В настоящее время стресс трактуется как напряжение гомеостатических и защитных механизмов психики и организма в целом, вызываемое любыми чрезмерными воздействиями, как внешними, так и внутренними. Наряду с физиологическими стрессами, способствующими адаптации, стали выделять стрессы патологические – дистрессы, превосходящие физиологические возможности организма и оказывающие из-за этого разрушительное воздействие.

К реакциям на тяжёлый острый стресс относятся те расстройства психики, которые возникают в чрезвычайных ситуациях, содержащих прямую угрозу гибели человека: землетрясение, наводнение, пожар, катастрофы, аварии, преступное нападение, взятие в заложники, пленение и пытки, ограбление с угрозой убийства, изнасилование, террористические акты, погромы, помещение в концентрационный лагерь, участие в боевых действиях и т.п.

События подобного рода относятся к категории шокирующих, угрожающих не только безопасности, но и самому существованию человека.

Расстройства, с ними связанные, ранее назывались **аффективно-шоковыми психозами**. Они развиваются у большинства подвергшихся тяжелому стрессу (от 50 до 80%, а у детей – практически до 100%).

Симптоматика острых реакций на тяжёлый стресс сложная и динамичная. Основным проявлением здесь является оглушенность (шок) с сужением сознания и поля внимания, с дезориентировкой и неспособностью адекватно соображать и действовать. Выделяют две клинические формы шоковых реакций в зависимости от состояния сферы деятельности и поведения: гипокинетическую и гиперкинетическую.

Гипокинетический вариант острой реакции на тяжёлый стресс соответствует понятию «мнимой смерти» (Kretschmer E., 1924). Пострадавшие цепенеют от ужаса вплоть до ступорозного состояния, выглядят безучастными к происходящему, заторможенными, не отвечают на обращения к ним, взгляд их устремлен в пространство (аффектогенный ступор или субступор с мутизмом). Вследствие полной обездвиженности больные могут оставаться на том месте, где возникли у них аффекты страха – ужаса (острые шоковые реакции впервые были описаны К.Kleist в 1917 г. под названием «психоз ужаса»).

Гиперкинетический вариант тяжелой реакции экстремальных ситуаций проявляется тем, что Е.Кretschmer (1924) назвал «двигательной бурей». Пострадавшие теряют целенаправленность в своём поведении, ими овладевает сильное беспокойство с тревогой и страхом, нарастает аффективное психомоторное возбуждение с беспорядочными движениями, бесцельными метаниями, стремлением куда-то бежать – без учёта места наибольшей опасности (фугиформная реакция).

В зависимости от глубины аффекта и расстройств сознания острая реакция на стресс может быть лёгкой (F43.01) и тяжёлой (F43.02).

Продолжительность аффективно-шоковых расстройств в благоприятных случаях от нескольких часов до 2-3 дней. Они проходят тем быстрее, чем скорее пострадавшие покидают зону опасности. По выходе из острого психоза остается глубокая астения, длящаяся несколько недель. При неблагоприятном течении острых стрессовых нарушений (F43.0) они трансформируются в посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1).

Неотложная помощь лицам оказавшимся в чрезвычайных ситуациях, угрожающих жизни, заключается, в следующих мероприятиях.

1. По мере возможности следует помочь пострадавшим покинуть зону опасности и то место, где развернулись стрессовые события.

2. Внутримышечно взрослым больным в аффективном шоке вводится 2 мл 0,5% раствора диазепама (реланиума), а также один из антидепрессантов: при гипокинетической форме реакции – активирующий антидепрессант имипрамин (мелипрамин) 2 мл 1,25% раствора; при гиперкинетической реакции – седативный антидепрессант amitриптилин (2 мл 1% раствора).

3. Пострадавших успокаивают также с помощью слов, эмоционального тепла, оказывают им поддержку, приободряют их; по возможности, уточняют психическое состояние; осторожно выясняют, нет ли суицидальных намерений; если позволяют обстоятельства, передают больных либо родным, либо медицинским работникам для дальнейшей помощи, а затем – реабилитации.

Лечение. После оказания неотложной помощи важно стабилизировать состояние пострадавших, чтобы предотвратить развитие посттравматического стрессового синдрома. Для этого рекомендуется назначение *бета-адреноблокаторов* (пропранолол, тразикор); *анксиолитиков* (симптоматическая коррекция кратковременными курсами транквилизаторов: диазепам, феназепам, алпразолам, клоназепам); *нормотимиков* (с целью стабилизации настроения: карбамазепин, депакин, карбонат лития); мягких нейролептиков (тиоридазин, алимемазин, хлорпротиксен, тиапридал); *антидепрессантов* – с дифференцированным выбором с седативным действием (малые дозы миансерина, тразодона) или с сбалансированным эффектом (тианептин, пирлиндол, пипофезин). При более глубоких депрессиях с тенденцией к затяжному их течению назначаются высокоактивные трициклические антидепрессанты (имипрамин, кломипрамин, amitриптилин) или тетрациклические (мапротилин).

Психотерапия включает в себя релаксационные методы, семейную и групповую психотерапию, когнитивно-бихевиориальную коррекцию.

На любом этапе работы с лицами, перенесшими тяжёлый стресс, требуются максимальная чуткость, забота, внимательность. По мере регресса шоковых проявлений необходимо психотерапевтически мобилизовать личностные ресурсы, нацелить пострадавших на будущую активную жизнь, всячески укреплять в их самосознании чувство самоценности и дальнейшего смысла жизни, активировать на оказание помощи и поддержки другим нуждающимся (это укрепляет веру в себя и отвлекает от собственных мрачных размышлений). До тех пор пока психическое состояние пострадавших не выровняется стабильно, не следует оставлять их в одиночестве.

1.3. Посттравматическое стрессовое расстройство

Ещё в период гражданской войны в Америке DaCosta (1871) описал «солдатское сердце» - кардиологические симптомы у участников боевых действий. В 1888 г. Н.Орpenheim предложил характеризовать у них всю совокупность расстройств понятием «травматический невроз». Ряд войн 20-го века предоставил психиатрам массивный материал по данному виду психических нарушений. Одновременно было установлено, что они возникают не только в боевых условиях, но и вследствие стихийных бедствий, тяжёлых катастроф и в других чрезвычайных ситуациях. Война во Вьетнаме и связь с ней многочисленных расстройств психики побудили американских психиатров и психологов к более глубокому изучению нарушений этого типа. В 1980 г. М.Д.Норowitz предложил назвать их синдромом посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР). Под таким названием они вошли во все мировые классификации.

Посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1) возникает как затяжная или отставленная реакция на тяжёлый стресс.

Больные страдают от навязчивых воспоминаний пережитого, от овладевающих представлений о нем, от кошмарных сновидений с фабулой стрессовых событий. У них отмечаются эмоциональная гиперестезия, повышенная эмоционально-вегетативная лабильность, неожиданные вспышки страха, паники или агрессии. Наблюдается избегание всего того, что хотя бы как-то напоминает о пережитых ужасах. Однако по совершенно незначительным поводам или даже без всякого повода нередко возникают вспышки (флэшбек) внезапной визуализации воспоминаний до мельчайших подробностей (память чувств, память сердца). Такие состояния могут сопровождаться чувством вины, если не удалось спасти кого-то из родных или друзей.

Обычные эмоции и чувства при ПТСР притуплены, выхолощены, опустошены. Имеет место эмоциональное выгорание. Отсутствует способность радоваться, веселиться (ангедония). Приятные вести не воспринимаются. Одновременно с этим отмечаются тревожность, депрессивность, агрессивность или аутоагрессивные тенденции. Заостряются

чувство справедливости, ранимость, обидчивость. У многих больных ПТСР имеют место суицидальные попытки, алкоголизация, наркотизация.

Для диагностики ПТСР необходима доказанность следующих критериев (признаков):

1. Чрезвычайного события с острым тяжёлым стрессом для данного больного.

2. Расстройства проистекают из шокового состояния и плавно переходят в затяжное течение с проявлениями синдрома ПТСР.

3. Если плавного перехода не было, а ПТСР проявилось как отставленная реакция, то она принимается в расчёт на протяжении не более 6 месяцев после дистресса и, самое главное, лишь в том случае, когда налицо повторяющиеся наплывы навязчивых воспоминаний и овладевающих представлений в дневное время. Для диагностики ПТСР с началом через несколько месяцев после шокирующих событий недостаточно констатации тревожных, обсессивно-компульсивных и депрессивных расстройств, поскольку они часто встречаются в отдаленном периоде после острого тяжелого стресса так же, как и вегетативные расстройства. Их следует отнести к категории невротических нарушений, но не ПТСР.

Своевременная и качественная помощь пострадавшим от тяжелых стрессов, дальнейшая их реабилитация в центрах психотерапии и психологической помощи предотвращают развитие ПТСР у большинства пострадавших. Однако в реальности далеко не все пострадавшие могут получить помощь по полной программе. Поэтому ПТСР в современной действительности может оказаться весьма распространённым – в зависимости от частоты и массовости чрезвычайных ситуаций и травматических событий.

Лечение ПТСР предусматривает широкое применение *антидепрессантов и психотерапии*. При выраженных и частых эпизодах тревоги и вспышек воспоминаний показаны миансерин, тразодон. При преобладании вялости и апатии назначаются активирующие антидепрессанты флуоксетин, моклобемид. При смешанных тревожно-депрессивных состояниях целесообразны сбалансированные антидепрессанты (тианептин, пирлиндол, сертралин). Мягкие *нейролептики* используются, когда имеют место агрессивность и психопатоподобное поведение (тиоридазин, алимемазин, неупетил, хлорпротиксен). Во время приступов страха, паники, агрессии и состояний типа флэшбек могут понадобиться короткие курсы лечения бензодиазепиновыми *транквилизаторами* (диазепам, феназепам, клоназепам, алпрозолам).

При проведении *психотерапии* применяются релаксационные и когнитивно-поведенческие методы, проводится семейное психологическое консультирование, оказывается социальная поддержка и помощь. С целью продолжительной стабилизации настроения назначают нормотимики (карбамазепин, карбонат лития, депакин).

Реабилитация лиц с ПТСР должна проводиться в специальных центрах желательно на анонимной основе. Процесс работы с больными сочетает в себе психотерапию имеющихся нарушений с психологической

коррекцией личностной позиции и отношения к своему состоянию и к происшедшему в целом. Формируется спокойно-адекватный взгляд на симптомы расстройств, как естественные и неизбежные для тех обстоятельств. Укрепляется позитивное отношение к терапии и будущей жизни. Больных научают с помощью специальных тренингов владеть собою и контролировать свои переживания. Во взаимодействии с клиническими психологами и психотерапевтами не избегают разговоров о пережитом. Наоборот, размышляют о случившемся и прорабатывают травматический опыт, изливают чувства, освобождаются от тяжёлых эмоций. Многим пострадавшим в этот период могут понадобиться самые различные виды социальной помощи, оказание которой будет способствовать восстановлению здоровья. Вместе с тем важно следить, чтобы у больных не сформировались рентные установки получать те или иные выгоды от своей болезни. Эффект вторичной выгоды приведет к хронизации расстройств.

1.4. Хроническое изменение личности после переживания катастрофы

Посттравматические стрессовые расстройства в небольшой части случаев обнаруживают хроническое течение более 2-х лет и приводят к хроническим изменениям личности (F62.0). Обычно это связано с крайне тяжелым, длительным и опустошительным воздействием травмирующего события (пребывание в плену, концентрационном лагере, длительный захват в заложники, продолжительные последствия стихийных бедствий). Этому способствуют также предрасполагающие факторы, такие как повышенная личностная уязвимость, низкая стрессоустойчивость, предшествующие невротические и соматические заболевания. Однако все они вовсе не обязательны, поскольку и без них вполне достаточно бывает одного тяжёлого стресса. Встречаются случаи, когда хронические изменения личности развиваются малозаметно, постепенно и без явных проявлений ПТСР.

При любом варианте развития данных изменений личность теряет пластичность и гибкость в реагировании, утрачивает терпимость к другим, становится неорганизованной в образе жизни. При этом снижается целеустремленность и целенаправленность, появляются разбросанность, непоследовательность, урывчатость. Заостряются категоричность и требовательность к поведению других людей, сглаживается индивидуальность (*нивелировка личности*) и резко выступает типология характера (наступает его *акцентуация*). В дальнейшем появляется душевная чёрствость с цинизмом, враждебностью к окружающим, мизантропией, агрессивностью. Накапливаются акцентуированные черты характера, что ведет к формированию психопатоподобных свойств личности. Нередкими являются асоциальное поведение, алкоголизация, наркотизация, суициды.

Диагностические критерии хронического изменения личности после переживания экстремальной ситуации:

- *перенесенный острый тяжёлый стресс;*
- *ощущение опустошенности и безнадежности;*

- социальная отгороженность;
- хроническое чувство волнения с ощущением существования «на грани»;
- отчужденность;
- враждебное или недоверчивое отношение к миру.

Лечение хронических изменений личности требует многолетней психотерапевтической и психокоррекционной работы в когнитивно-поведенческом стиле.

1.5. Расстройства адаптации

Ещё Р. Janet (1911) – один из основоположников учения о невротических расстройствах – отмечал, что в их основе лежат нарушения не каких-то простых или отдельных функций, а расстройства высших функций человеческой психики – функций адаптации. Ю.А. Александровский в работе «Состояние психической дезадаптации и их компенсация» (1976) показал, что речь идет о системных нарушениях в организации поведения.

Чем осознаннее процесс адаптивного реагирования, тем в большей мере мобилизуются личностные ресурсы, тем осмысленнее личностная позиция.

Признаками адекватной адаптации являются:

- полная оценка ситуации, прогнозирование её развития;
- самодиагностика (оценка своего состояния, своих возможностей, своей роли и ответственности);
- способность осуществить поиск рациональных путей решения проблемы и выхода из сложившейся ситуации;
- способность мобилизоваться, принять решение и осуществить его выполнение.

Адаптация может быть неполноценной, т.е. психологически защитной, суррогатной (заместительной).

Признаками психологически – защитного адаптивного поведения являются:

- *пассивно-защитное поведение* (заискивание, угодничество, подчиненность, смирение, елейность, слащавость, сверхакуратность).
- *активно-защитное поведение* (протест, негативизм, отказ, уход, раздраженность, озлобленность, дерзость, агрессивность, мстительность, упрямство, психологическое давление и сопротивление);
- *интрапсихическая переработка переживаний* с механизмами рационализации и самооправдания; вытеснения и отрицания; перенесения и проекции; подавления и мировоззренческого «алиби»;
- *защитно-манипулятивное поведение* (манипулятивные «игры» с ролями жертвы, преследователя, раба, хозяина, спасителя и мн. т.п.; наигранное оживление и «уход» в разгул, пьянство; повышенная активность и уход в «работу»; щадяще-защитный стиль жизни и «уход» в болезнь и лечение; аутизм, самоизоляция и «уход» в мистику и суеверие; регресс личности и «уход» в детство и др.);

- *появление и заострение «защитных» черт характера*, дающих личности психологическую «выгоду» (душевная холодность и апатия; скептицизм и ироничность; пассивная подчиняемость и конформизм; ненависть и ожесточенность; садизм или мазохизм; альтруизм или гедонизм; истерические или психастенические черты; астенические или гиперстенические и др.);

- *аномальные адаптивные реакции* (протеста, оппозиции, бегства, агрессии, отчуждения, ненависти, гиперкомпенсации, ухода, бродяжничества, группирования и т.п.; их аномальность состоит в отсутствии конструктивной позиции и в получении суррогата психологической выгоды).

К патологическим реакциям, возникающим в период попыток адаптироваться к жизненным трудностям, относятся:

- депрессивные и тревожно-депрессивные;
- тревожно-фобические и панические;
- ипохондрические;
- истерические;
- паранойяльные;
- анозогнозические или гипернозогнозические;
- аутоагрессивные (суициды, самоувечья, отравления, алкоголизация, наркотизация, бесконтрольное употребление психотропных средств);
- асоциальное поведение (повреждение имущества, поджоги, агрессия, насилие и т.п.);
- аддиктивное поведение (привязанность к врачу; зависимость от методов лечения, процедур обследования и консультирования; привязанность к своей болезни и нежелание с нею расставаться; пристрастие к психоактивным веществам).

Расстройства адаптации (F43.2) возникают при значительных изменениях в жизни индивидуума и (или) вследствие стрессовых жизненных событий, не содержащих прямой и непосредственной угрозы его физическому существованию.

Стрессовый фактор может относиться к самым различным сторонам жизнедеятельности человека: социальное положение и социальные отношения, жизненные привязанности и ценности, уклад жизни, состояние здоровья (своего и здоровья дорогих людей).

В настоящее время причинами расстройств адаптации наиболее часто являются:

- потери близких, переживание разлуки;
- положение беженца, миграция;
- положение безработного;
- тяжелое материальное положение;
- общая неудовлетворенность жизнью и (или) утрата смысла жизни;
- утрата имущества и (или) сбережений;
- тяжелая болезнь (своя или близкого человека);
- развод или смерть одного из супругов и наступившее одиночество.

Клинические наблюдения свидетельствуют о том, что существует *дезадапционная предрасположенность*, когда для возникновения нарушений адаптации достаточно всего лишь «обыденных трудностей обыденной жизни» (Павлов И.П., 1938) или «повседневных трудностей повседневной жизни» (Bleuler E., 1921).

В зависимости от predispositional условий возможны четыре типа условий для развития нарушений адаптации:

1. Неблагоприятные обстоятельства жизни являются массивными, сверхсильными и сверхактуальными для данной личности, которая не в состоянии их вынести, несмотря на полное их понимание.

2. Патогенность ситуации, с объективной точки зрения, невысокая, однако личность ранее уже была психически сенситивизирована к подобного рода обстоятельствам и поэтому чрезмерно реагирует на них.

3. Патогенность жизненных событий сама по себе невысокая, однако больные из-за недостаточности интеллекта или вследствие эмоционально-аффективного состояния не смогли адекватно оценить ситуацию и выбрать конструктивную форму реагирования.

4. Независимо от степени патогенности ситуации патологическая реакция на неё со стороны больных может быть обусловленной предшествующим (коморбидным) расстройством: патологией личности, циклически-фазными изменениями настроения, невротическим состоянием, алкоголизмом, наркоманией и т.п.

Проявления расстройств адаптации различны и включают в себя снижение способности эффективно функционировать, способности справляться с повседневными задачами и делами, планировать и принимать решения, продуктивно трудиться. В целом снижение адаптации характеризуется *недостаточной способностью соответствовать требованиям жизни* (семьи, учебы, работы, социальной сферы, ухода за собой и т.д.).

Соматическими сигналами расстройств адаптации являются снижение выносливости, повышенная утомляемость, недомогание, головная боль, боль в теле, расстройство аппетита (снижение или расторможение), вегетативные дистонии, локальное или генерализованное повышение мышечного тонуса («мышечные зажимы»), снижение сексуального влечения.

Психологические сигналы дезадаптации характеризуются рассеянностью, забывчивостью, большим числом ошибок в работе, замедленностью реакций, неуместным эмоциональным реагированием (тревога, депрессия, страх, агрессия, раздражительность), повышенная эмоциональная чувствительность и уязвимость, неадекватные решения и действия.

Поведенческие сигналы нарушения адаптации представлены снижением организованности и целеустремленности в образе жизни, склонностью к драматическому поведению и эмоциональным вспышкам. Может отмечаться агрессивное и асоциальное поведение (особенно у подростков). Нередкими являются также алкоголизация и наркотизация.

В зависимости от преобладающих признаков в клинической картине нарушений адаптации в МКБ-10 выделяются следующие её разновидности.

F43.20 кратковременная депрессивная реакция (транзиторное мягкое депрессивное состояние, не превышающее 1 месяца по длительности).

F43.21 пролонгированная депрессивная реакция (лёгкое депрессивное состояние в ответ на длительную подверженность стрессовой ситуации, но продолжающееся не более 2-х лет, после чего оно трансформируется в хроническое депрессивное расстройство F34.1.).

F43.22 смешанная тревожная и депрессивная реакция (отчетливо выраженные тревожные и депрессивные симптомы, не преобладающие по уровню друг над другом).

F43.23 с преобладанием нарушения других эмоций (беспокойство, напряженность, гневливость, раздражительность, ревность, отчаяние, горе).

F43.24 с преобладанием нарушений поведения (негативизм, протестное поведение, группирование, агрессия, асоциальные поступки, суицидальное поведение, нарконаправленное поведение и т.п.).

F43.25 смешанное расстройство эмоций и поведения.

F43.28 другие преобладающие симптомы нарушений адаптации.

Лечение расстройств адаптации должно начинаться как можно раньше, что бы предотвратить хронизацию нарушений и демобилизацию личности. *Транквилизаторы* при этом назначаются кратковременно (не более 1-3 недель) или прерывистыми курсами во избежание развития зависимости от них (диазепам, феназепам, альпразолам, клоназепам). *Антидепрессанты* используются только при выраженных депрессиях с тенденцией к протрагированию болезненного изменения настроения (тианептин, пирлиндол, пипофезин). Употребляются также *бета-адреноблокаторы* (пропранолол, обзидан, тразикор) – в комбинации с транквилизаторами и антидепрессантами. Могут понадобиться и *нейролептики (антипсихотики)* для коррекции поведения и настроения (тиоридазин, алимемазин, сульпирид), а также *нормотимики* (карбамазепин). *Психотерапия* при нарушениях адаптации включает в себя методы саморегуляции и когнитивно-поведенческие подходы, желателно в групповых условиях.

Глава 2. Невротические расстройства (неврозы)

Понятие «невроз» впервые употребил ещё в 1776 г. шотландский врач W.Cullen для обозначения «расстройств тела, чувств и движений, которые связаны не с местным поражением, а зависят от общего страдания». Сущность неврозов по W.Cullen, к сожалению, не была понята ни его современниками, ни большинством психиатров последующих поколений. Менее всего обращалось внимание на патогенетическую роль «общего страдания», т.е. на переживания, которые могут трансформироваться в расстройства тела и движений. А ведь именно здесь заложена та мысль, которую значительно позже высказал S.Freud в его концепции о переносе

(конверсии) энергии переживаний на системы организма, о соматизации переживаний.

Симптоматические проявления невротических нарушений значительно шире реакций на стресс и адаптивных отклонений, потому что неврозы отвечают физиологическому плану всего организма. Как отметил отечественный невролог Е.Краснушкин (1960), невроз начинается переживанием конфликта, а продолжается самыми различными психическими и соматическими расстройствами.

В неврозах долгое время подчёркивались лишь два основных момента, а именно: их функциональный характер, т.е. независимость от органической патологии каких-либо органов, и допсихотический уровень их проявлений. Неврозы, как и психопатии, отнесли к так называемым пограничным психическим нарушениям – между нормой, с одной стороны, и психозом – с другой. Все психогении делились дихотомически: невроз – психоз. В результате почти до конца 20 в. понятие «невроз» оставалось «сборной корзиной». Она значительно уменьшилась после того, как были определены критерии острых реакций на стресс, посттравматических стрессовых расстройств и нарушений адаптации. В отношении оставшихся видов расстройств сохранилось понятие «невротических».

В группу невротических нарушений (F4 по МКБ-10) не включаются неврозоподобные («пограничные») симптомокомплексы, например, при шизофрении или органических поражениях головного мозга. Сюда входят лишь психогенные допсихотические расстройства: тревожно-фобические, панические, обсессивно-компульсивные, диссоциативно-конверсионные, соматоформные, неврастенические, психогенная дереализация и деперсонализация, а также отдельные расстройства, развивающиеся в некоторых культуральных условиях (синдром Дата, Коро, Лата).

Основная причина невротических расстройств – внутриличностный конфликт, который ведёт к невротизации личности, психической и психосоматической дисрегуляции, и который проявляет себя в невротических симптомах и синдромах.

Внутриличностный конфликт (ВЛК) – это неосознанная или плохо осознаваемая *противоречивость личности* вследствие столкновения противоположно направленных, но одинаково сильных, отношений, потребностей, интересов, ценностей, привязанностей, желаний, чувств, влечений.

Во внутреннем мире личности ВЛК существует в виде фиксированных эмоциональных установок и комплексов. Все они возникали и усиливались в процессе жизни, особенно в раннем детстве, по мере неудовлетворения базисных потребностей (см. невротическая личность). Эти потребности из-за недополучения чувства их удовлетворения в прошлые периоды жизни теперь переживаются обостренно. Они теряют свою утешительность и обуславливают повышенную уязвимость личности по отношению к психотравмирующим воздействиям. Любые жизненные проблемы (большие или малозаметные) могут нажать на эмоциональную клавишу любого ВЛК и вызвать тем самым соответствующие расстройства.

В то же время анализ клинических и патоформирующих зависимостей при неврозах показал, что они мультифакториальны (Лакосина Н.Д., 1970; Дереча В.А., 1974, 1994; Александровский Ю.А., 1976, 1993; Ушаков Г.К., 1978; Карвасарский Б.Д., 1982; Семке В.Я., 1988). Поэтому, как и при всех психогениях, в этиопатогенетической структуре неврозов участие принимают:

- психотравмирующие переживания (ВЛК);
- факторы предрасположения к невротическим расстройствам;
- соматоцеребральная «почва» (сопутствующие мозговые дисфункции и соматические болезни);
- предшествующая эмоциональная сенсбилизация личности.

В МКБ-10 понятие «невроз» оставлено не в качестве основополагающего смысла, а для облегчения узнавания (идентификации) тех психогенных нарушений, которые теперь обозначены как «невротические и соматоформные расстройства». Все они объединены в раздел F4 и распределены по синдромальному принципу:

- F40: *тревожно-фобические расстройства (всевозможные варианты фобий);*
- F41: *другие тревожные расстройства (без фобий);*
- F42: *обсессивно-компульсивные расстройства (навязчивые мысли, действия, ритуалы, навязчивая умственная жвачка);*
- F44: *диссоциативные (конверсионные) расстройства (все варианты истерических нарушений, включая синдром Ганзера, множественную личность);*
- F45: *соматоформные расстройства (соматизированные психогенные нарушения по органам и системам, вегетативные дисфункции, алгии, ипохондрические проявления);*
- F48: *другие невротические расстройства (неврастения, синдром деперсонализации – дереализации, другие специфические невротические расстройства).*

2.1. Тревожно-фобические расстройства

Тревожно-фобические невротические расстройства (F40) – это состояния тревоги, вызываемые определенными ситуациями или объектами, которые в настоящее время не являются опасными.

Больные пытаются избегать данные ситуации, переносят их с чувством страха. Возникающая при этом тревога ничем не отличается от других типов тревоги и может различаться по интенсивности от легкого дискомфорта до ужаса.

Тревога представляет собою упреждающее волнение вследствие ожидания неблагоприятного развития событий или конкретной угрозы. Ожидание – универсальный механизм фиксации любых расстройств или случайных отклонений, боязнь (фобия) их повторения. Невроз ожидания

развивается вследствие срыва или перенапряжения механизмов физиологических отпавлений, инстинктов или привычного хода каких-то действий: чрезмерное волнение перед публичным выступлением после неудачного выступления; боязнь заикания после случайных «спотыканий» речи; торможение акта глотания – после случайного поперхивания; ожидание импотенции – после случайно неудачного акта; фобическое нарушение мочеиспускания – после случая неожиданного его прерывания. В этих и во многих им подобных видах невроза главное – мнительность, тревожность, упреждающее волнение: например, боязнь покраснеть или боязнь сердечного приступа – их еще нет, но пациент чувствует себя заранее так, как будто они уже есть, т.е. он фактически уверен в повторении тех отклонений, которые первый раз произошли неожиданно и случайно. Тревога часто сосуществует с депрессией.

Фобии – навязчивые страхи. Как любые навязчивости, они представляют собою психические автоматизмы, т.е. возникают помимо желания и воли, самопроизвольно, переживаются с чувством страдания и с потребностью избавиться от них. Сопровождаются тревожным ожиданием (фобофобия), гипотимией, а также вегетативным возбуждением (дрожь, бледность, тахикардия, потливость и др.).

Фабула фобий может быть любая и относиться даже к тому, о чем больной знает лишь понаслышке.

Выделяют следующие разновидности фобий.

А. По степени сложности:

- элементарные (например, страх высоты, воды и т.п.);
- ситуационные (боязнь определенных мест или предметов: лифтов и других закрытых пространств – клаустрофобия; острых предметов – оксифобия или айхмофобия);
- сложные, всезахватывающие фобии (полифобии, панфобии – относящиеся к большому множеству предметов, явлений, ситуаций).

Б. По сопровождающим поведенческим реакциям

- фобии с реакциями избегания (вырабатывается система защитного поведения с ритуалами для предотвращения контакта с предметом или с ситуацией, например, - убрать всё острое и дважды повернуться через левое плечо; ритуалы в дальнейшем сами становятся навязчивыми);
- фобии с реакциями повторного контроля (например, при навязчивом страхе «грязи» и заражения – мизофобии – больные бесчисленное множество раз моют руки, пол, перепроверяют чистоту, собирают руками пыль и т.п.);
- фобии с реакциями противостояния (контрафобия – противодействие своему страху с выбором противоположного поведения: например при страхе высоты – акрофобии – больные могут пытаться стать стюардами или даже лётчиками; у некоторых лиц вследствие этого наступает выздоровление, но у большинства развивается изнуряющая борьба с навязчивым контрфобическим поведением.

В. По смыслу и отношению к сферам жизнедеятельности.

- *фобии совершить насилие* над собою или над кем-то другим (суицидофобия, гомицидофобия – например у любящей матери страх удушить собственного ребенка);
- *фобии внешних опасностей* (сифилофобия, спидофобия, мизофобия, окси-айхмофобия и т.д.);
- *фобии внутренних опасностей* (канцерофобия, кардиофобия – инфарктофобия, инсультофобия, нозофобия и т.п.);
- *фобии особых обстоятельств и ситуаций* (страх открытых или закрытых пространств, социальные фобии: боязнь аудитории, страх покраснеть на людях, испытать позыв на рвоту или на мочеиспускание, боязнь экзаменов, высоты, воды и мн.т.п.).

Психогенез тревожно-фобических состояний в настоящее время рассматривается в единстве трёх подходов – *психоаналитического, бихевиориального и когнитивного.*

В соответствии с основными положениями теории психоанализа S.Freud, тревожно-фобические расстройства рассматриваются как патологическая форма психологической защиты. В её основе лежит глубинный внутриличностный конфликт (ВЛК) между неудовлетворенными базисными желаниями, с одной стороны, и угрозой наказания за удовлетворение этих желаний – с другой стороны. По механизмам психологической защиты угроза реального наказания вытесняется из сознания и замещается «меньшей опасностью» - фобией, поскольку с нею можно бороться и её можно избегать.

В возникновении ВЛК наибольшее значение, по психоанализу, придается фактору разлуки ребенка с родителями (особенно – с матерью), недостатку родительских чувств любви и тепла, заботы, чувства общности. В результате *формируется бессознательный базисный страх остаться одному, без защиты, без поддержки, без помощи.* Базисный страх при случайных отклонениях в подходящих условиях проявляется клинически либо в виде панфобии, либо в форме изолированных фобий.

В соответствии с *поведенческим подходом*, тревожно-фобические расстройства возникают по принципу условно-рефлекторных связей (Wolpe J., 1973): когда-то имевшие место реальная тревога и реальный страх как будто забываются, но по механизмам ассоциаций оживляются, однако, - уже в отрыве от прежних факторов, сочетаются с нынешними факторами, не содержащими угрозы.

Когнитивный подход (Ellis A., 1989; Glasser W., 1998) в понимании тревожно-фобических состояний вскрывает у больных систему иррациональных убеждений и недостаточность чувства истинной реальности, приводящих к зависимости от своих познавательных ошибок и страхов.

Критериями для диагностики тревожно-фобических расстройств являются:

1. *Тревога, обусловленная вполне определенными ситуациями, которые объективно не опасны.*

2. Эти ситуации вызывают их избегание или страх.
3. Тревога может варьировать от легкой степени до ужаса.
4. Появление вегетативных симптомов, обуславливающих вторичные страхи.
5. Субъективная тревога не зависит от объективной оценки окружающих.
6. Тревога предшествует ситуации, способной вызвать страх.
7. Страх заболевания, если он связан с конкретной ситуацией, но не страх болезни (нозофобия) или уродства (дисморфобия) – тогда он относится к ипохондрическому расстройству (F45.2.).

В случае сочетания тревоги и депрессии кодируется то, что развилось первым, или то, что явно преобладает.

Фобических объектов или ситуаций, в принципе, возможно бесконечное множество, ибо тревога – состояние глубоко субъективное. В классификациях фобий выделяют в основном те, которые имеют большее социальное значение.

Агорафобия (F40.0) – страх не только открытых пространств, но также любых передвижений вне дома, путешествий в одиночку, страх толпы, публичных мест. *Основная фабула тревоги – боязнь, что станет плохо и некому будет оказать помощь.* Сопровождается общими вегетативными симптомами (сердцебиение, головокружение, потливость, озноб, тремор, сухость во рту); симптомами относящимся к груди и животу (затруднения дыхания, чувство удушья, боли за грудиной, тошнота, неприятные ощущения в животе); психическими симптомами (страх потерять контроль, страх сойти с ума, страх смерти, чувства дереализации и (или) деперсонализации). Может проявляться с паническим расстройством (F40.01) или без панического состояния (F40.00).

Социальные фобии (F40.1) – выраженный страх оказаться в центре внимания в сочетании с боязнью покраснеть, испытать тошноту, позыв на мочеиспускание; боязнь выступлений на публике, на собрании и в любых иных социальных (общественных) ситуациях, включая контакты с представителями противоположного пола.

Специфические (изолированные) фобии (F40.2) – страх иных ситуаций или предметов (крови, уколов, лифтов, воды, животных, насекомых, закрытых пространств – клаустрофобия, фобия экзаменов и т.п.). Не включаются страхи заболеваний (нозофобия) и дисморфобия (F45.2).

Другие тревожные расстройства (F41):

Паническое расстройство (пароксизмальная эпизодическая тревога) – F41.0: приступы или атаки панической тревоги, заметно не связанные с предметами или ситуациями, возникают спонтанно (аутохтонно), известные, как эмоционально-вегетативные кризы. Внезапное сильное вегетативное возбуждение с дрожью, ознобом, тахикардией, чувством удушья, замиранием сердца и т.п. Сопровождается страхом смерти, ощущениями физической гибели или страхом сумасшествия.

Генерализованное тревожное расстройство (F41.1) – стойкое чувство предстоящих неприятностей; беспокойство и волнение о будущих

событиях с ожиданием неудач, беды, трудностей. Отмечается постоянная нервозность, пугливость, дурные предчувствия, опасения всевозможных несчастий. Одновременно выражена вегетативная возбудимость и лабильность («тревожный невроз»).

Изучение невротических расстройств данного типа было начато S.Freud, выделившим ещё в 1892 г. *невроз страха*, известный затем во всем мире, как анксиотический невроз. А.М.Свядош (1982) делил его на *невроз испуга* и *аффективно-шоковый невроз страха* с «простыми» или ажитированными состояниями. Невроз страха или «тревожный невроз» близок к фобиям, однако пациент не считает, что этот страх безосновательный, нелепый или что он появляется как чужеродный автоматизм.

Причиной неврозов страха (неврозов испуга) являются какие-то серьезные события, вселившие не мнимый, а подлинный страх, теперь зафиксированный и ставший генерализованным. Это шоковые воздействия: нападения, ограбления, изнасилование, стихийное бедствие или катастрофа, у детей – разлука с родителями, тяжелая их болезнь или смерть, а также испуги детей животными или какими-то событиями, в т.ч. и забытые испуги.

Характеризуется невроз страха пугливостью, боязнью либо чего-то конкретного – именно того, что раньше испугало, - либо боязнью также всего нового, незнакомого, чужого. Даже в привычной обстановке с родными и близкими такой пациент не всегда чувствует себя спокойно. Возможны также *ночные страхи с кошмарными сновидениями и пробуждениями*. А по мере фиксации невроза возможны и описанные выше тяжелые панические тревожные состояния, появляющиеся уже без всякой связи с травмирующими обстоятельствами, тем более, что последние вообще могут быть вытеснены из памяти или относиться к столь раннему детству, что пациент их никогда не осознавал (пример – М.Зощенко). *У детей невроз страха может осложниться мутизмом, тиками, заиканием, энурезом, снохождением и сноговорением, навязчиво повторяющимися движениями и действиями, а также общей нервностью и трудностями в учебе* (см. F 93 – F 98).

Критериями для диагностики генерализованного тревожного расстройства являются:

1. Отмечающееся не менее 6 месяцев внутреннее напряжение, повышенная озабоченность и различные опасения, не ограниченные какими-либо конкретными обстоятельствами.

2. Различные вегетативные проявления, мышечное напряжение и острые или хронические мышечные боли, суетливость.

3. Указанные проявления невозможно объяснить другими заболеваниями или употреблением психоактивных веществ.

4. Панические атаки, как правило, отсутствуют, но заболевание является хроническим, и примерно у 25% больных оно может переходить в паническое расстройство (F41.0).

Генерализованное тревожное расстройство с паническими состояниями или без них следует отличать от тревожного расстройства органической природы (F06.4), связанного с церебральной дисфункцией, например, при тиреотоксикозе, после черепно-мозговой травмы, при височной эпилепсии и т.п.

Фармакотерапия не является основным методом оказания помощи больным с тревожно-фобическими состояниями. Она проводится лишь в качестве неотложных и симптоматических мер. С этой целью используются *бензодиазепиновые транквилизаторы* (лоразепам, хлордиазепоксид, альпразолам, клоразепат и др.); *бета-адреноблокаторы* (пропранолол, обзидан, тразикор, атенолол); *антидепрессанты* (кломипрамин, флуоксетин, флувоксамин, циталопрам, миансерин и др.); *карбамазепин*; *мягкие нейролептики* (хлорпротиксен, сульпирид, алимемазин). Антидепрессанты часто приходится комбинировать с транквилизаторами. Последние назначаются продолжительностью не более 1-2 месяцев во избежание формирования зависимости от них.

Психотерапия является основным и к тому же патогенетическим методом лечения тревожно-фобических расстройств. В соответствии с обозначенными выше тремя механизмами психогенеза рекомендуется применять

- краткосрочную психоаналитическую (психодинамическую) терапию;
- когнитивные методы (рационально-эмотивную и реальностную терапию);
- поведенческую коррекцию (десентизацию личности и тренинг эмоционального поведения);
- мультимодальную краткосрочную психотерапию;
- релаксационные методы (аутогенная тренировка; саморегуляция, биологическая обратная связь).

2.2. Обсессивно-компульсивные расстройства

Обсессивно-компульсивные расстройства (F42) сочетают в себе навязчивые чувства обложения, осады (обсессии) и принуждения (компульсии). Они проявляются психическими автоматизмами – самопроизвольной психической активностью, без желания, без установки и участия личности больного. В самом слове «навязчивости» заложен этот смысл неуместности и чуждости пациенту, который критически к ним относится и пытается от них избавиться, ибо навязчивости мешают, выводят из равновесия и могут быть очень тягостными (обсессивные идеи, образы, воспоминания, представления и компульсивные желания, влечения, действия). Все виды невротических obsessions проявляются на астеническом фоне часто в сочетании с тревожными чертами характера (неуверенность в себе, тревожная мнительность, повышенная впечатлительность, склонность фиксироваться на жизненных обстоятельствах и подвергать их бесконечному анализу).

Проявлениями обсессивно-компульсивных расстройств являются:

- *обсессивные воспоминания* (навязчивые воспоминания событий, явлений, предметов, лиц, происшествий);
- *навязчивые представления* (овладевающие образы каких-либо ситуаций и обстоятельств с возможно тяжелыми последствиями: например, кажется, что не выключены электроприборы в доме и может возникнуть пожар);
- *навязчивые мысли* (о необходимости что-то считать; повторять ненужные сейчас слова, фразы, предложения; навязчиво с кем-то мысленно вести диалог или дискуссию);
- *навязчивые сомнения* (мучительная неуверенность в правильности и оптимальности предпринимаемых решений и действий);
- *контрастные навязчивые побуждения* (побуждение сказать или проявить что-то плохое, грубое, пошлое неприличное, недоброе, хульное, например, употребить ругательство в адрес любимых и уважаемых людей);
- *компульсивные действия* (стереотипная навязчивая потребность совершать какие-либо действия: раскачиваться, вращаться, рисовать фигуры, к чему-то прикасаться; могут иметь место навязчивые побуждения совершить аутодеструктивное, агрессивное и даже криминальное действие; сюда относятся также защитные ритуалы, ставшие также навязчивостями: мытьё рук при мизофобии, защитная стереотипия в поведении при страхе высоты, скрещивание пальцев при агорафобии и т.п.).

В отличие от многих других невротических нарушений генез обсессивно-компульсивных расстройств с трудом поддается психологической выводимости из психотравмирующей ситуации. Их содержательно-смысловая сторона может казаться на первый взгляд нелепой, потому что она связана преимущественно со сферой подсознания – с комплексами раннего детства, с вытесненными и забытыми переживаниями и событиями. Поэтому и причиной обсессий и компульсий чаще бывают такие переживания, в которых сталкиваются противоположные тенденции личности: влечение и мораль, желание и долг, привязанность и объективное требование, любовь и ненависть, измена и угрызение совести и т.п., - пытающиеся подавить и вытеснить друг друга и безмерно истощающие психику этой осознанной и бессознательной борьбой.

В МКБ-10 выделяются следующие разновидности обсессивно-компульсивных расстройств (ОКР):

- *Преимущественно навязчивые идеи (F42.0)* – мысли, размышления, умственная жвачка, самопроизвольно возникающие в сознании пациента. Повторяющиеся мысли и образы, овладевающие представления либо очень неприятные, пугающие, либо пустые, бессмысленные (квазифилософские).

- *Преимущественно компульсивные действия (F42.1)* – обсессивные ритуалы или иные компульсивные побуждения. Очень часто – это навязчивая потребность соблюдать чистоту, непрерывного контроля за порядком, за качеством дела и т.п.
- *Смешанные обсессивные мысли и действия (F42.2)* – часто встречающееся сочетание навязчивых идей с ритуальными действиями.

Диагностические критерии ОКР:

1. Они воспринимаются больными, как возникшие в их сознании и не навязаны окружающими людьми и их влиянием.
2. Они повторяются и неприятны, часто являются чрезмерными и совершенно бессмысленными.
3. Субъект пытается противостоять им, но сопротивление чаще всего безуспешно и ведёт к изнурению.
4. Осуществление компульсивных актов и обсессивных мыслей само по себе не вызывает приятных ощущений и не приносит облегчения.
5. Обсессии или компульсии мешают социальной или индивидуальной деятельности больных за счёт отвлечения и пустой траты времени на борьбу с ними.

В целях дифференциальной диагностики исключаются шизофрения, психопатии, аффективные расстройства настроения.

Лечение. Обсессивно-компульсивные расстройства в большинстве случаев обнаруживают терапевтическую резистентность. И лечение должно быть продолжительным и *сочетать применение фармакологических средств и психотерапии.*

Средствами первого выбора здесь являются *антидепрессанты, наделенные противонавязчивым действием* (кломипрамин, флуоксетин, тразодон, сертралин, ципраamil). В ряде случаев эффективными могут оказаться такие *нейролептики*, как перфеназин, трифлуоперазин, тиоридазин, рисперидон, хлорпротиксен. Что касается транквилизаторов, то их применение по отношению к данному виду расстройств резко ограничено из-за неэффективности. Они могут использоваться только кратковременно для купирования тревоги.

Из психотерапевтических методов наибольшей эффективностью (более 50%) обладает *поведенческий комплекс средств* (систематическая десенсибилизация, прогрессивная мышечная релаксация, тренинг уверенного поведения, работа с дисфункциональными мыслями, техники «наводнения», вызванного гнева, парадоксальной интенции и др.). Может понадобиться также краткосрочная психодинамическая терапия.

2.3. Диссоциативные (конверсионные) расстройства

Данное понятие используется в МКБ-10 вместо привычного «истерический» невроз. Термин «истерия» исключен из-за его анахроничности и, главное, из-за его смысловой неоднозначности. Понятия «диссоциативный» и «конверсионный» в большей степени отражают психологические механизмы расстройств данного вида.

Диссоциативные механизмы (лат. dissociatio – разъединение, нарушение целостности) проявляются ослаблением сознательного контроля личности над своими ощущениями, памятью, чувствами и иными психическими, психосоматическими и телесными функциями. Вследствие такой «бесконтрольности» и «неуправляемости» поведение отличается особой эмоциональной заряженностью и эмоции (а не разум) выбирают в нужный момент те или иные психические и соматические феномены и действия.

Истерические нарушения относятся также к категории конверсионных. *Конверсия* – по S.Freud – перенос эмоциональной энергии на соматовисцеральные структуры и системы. В двигательной сфере диссоциативно-конверсионные неврозы проявляются функциональными парезами, параличами, афонией, астазией-абазией, мутизмом, контрактурами, гиперкинезами, ступором, припадками. В сенсорных системах – функциональными слепотой, глухотой, ан – или дизосмией, парастезиями и т.п. Возможны также самые разнообразные вегетативно-висцеральные синдромы (нехватка воздуха, сердечные приступы, боли в животе и др.) или психические симптомокомплексы (особого рода расстройства сознания, интеллекта, амнезии, фобии, депрессии, страхи и др.).

Все истерические нарушения, как бы они ни походили на другие расстройства, отличаются особым их приподнесением – с демонстративностью, утрированностью, театральностью, нарочитостью. За всем этим кроется эмоционально заряженное стремление к оригинальности, к необычной значительности и содержательности, к превосходству хотя бы в чем-нибудь. Именно это амбициозное устремление, с одной стороны, вытесняет из сознания неприятные переживания, энергия которых превращается в болезнь органов и систем. С другой стороны, указанные амбиции фиксируют появившиеся расстройства и окрашивают их в нечто «выдающееся».

Причиной диссоциативно-конверсионных неврозов чаще бывают жизненные трудности и ситуации, в которых вступают в конфликт завышенные притязания пациента с его пониженными возможностями и ресурсами. Заболевают этим видом неврозов преимущественно лица, не привыкшие к трудностям и лишениям, изнеженные и избалованные, не закаленные борьбой за жизнь. Для них сама болезнь – психологическая защита и уход от решения проблем, от разрешения конфликтов, от взятия ответственности на себя.

В МКБ-10 выделяются следующие рубрики для классификации истерических неврозов:

Диссоциативная амнезия (F44.0) – подчеркнуто выраженная потеря памяти на какие-то недавние важные события, не обусловленная органическим заболеванием.

Диссоциативная фуга (F44.1) – потеря памяти сочетается с уходами пациента в какие-то иные места, с поездками куда-то. Иногда при этом может возникнуть осознание себя в качестве новой личности (иная аутоидентификация).

Диссоциативный ступор (F44.2) – отсутствие движений, речи, реакций на происходящее.

Трансы и состояния овладения (F44.3) – нарушение осознания окружающего и собственной личности; сужение сознания иногда с чувством у пациента, что в него вселился дух, сила, божество или другая личность.

Диссоциативные двигательные расстройства (F44.4) – нарушения моторики (атаксия, афония, астазия – абазия, апраксия, акинезия, тремор, дискинезия, паралич, дизартрия и т.п.).

Диссоциативные судороги (F44.5) – демонстративные псевдоприпадки.

Диссоциативная анестезия и утрата чувственного восприятия (F44.6) – нарушения слуха, зрения, обоняния, анестезии и т.п.

Смешанные диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44.7).

Другие диссоциативные расстройства (F44.8):

- **синдром Ганзера (F44.80)** является острой психогенной реакцией с сужением сознания; характеризуется симптомами миморечи (ответами мимо), мимодействиями, мимосчётом, нарочитым слабоумием (псевдодеменцией) и демонстративным регрессом в детство (пуэрилизмом); в тяжелых случаях отмечаются галлюцинации, страх, растерянность, тревога (см. также реактивные психозы);

- **расстройство множественной личности (F44.81)** проявляется последовательной сменой у одного и того же больного двух и более разных личностей, не имеющих доступа друг к другу, что также наступает внезапно и обусловлено травматическими событиями (см. расстройства личности);

- **транзиторные диссоциативные (конверсионные) состояния (F44.82)** представляют собою кратковременные скоропреходящие расстройства, обычно наблюдающиеся у детей вследствие травмирующих событий;

- **другие уточненные диссоциативные расстройства** (сумеречное состояние сознания, спутанность сознания).

Диагностические критерии:

1. Имеется убедительная связь во времени между появлением указанной симптоматики расстройств и стрессовыми событиями, жизненными проблемами или запросами и потребностями личности.

2. Отсутствие физического (церебрального или соматического) заболевания, которое могло бы объяснить имеющиеся симптомы.

Дифференциальная диагностика диссоциативно-конверсионных расстройств с заболеваниями внутренних органов, или центральной и периферической нервной системы должна быть чрезвычайно осторожной, чтобы за фасадом истерических симптомов не пропустить физическую болезнь. Известны, например, случаи, когда опухоль головного мозга клинически проявляла себя только лишь истеформными нарушениями. При наличии диссоциативно-конверсионной клинической картины, но недостаточности данных о психологической ее обусловленности, диагноз может быть лишь предположительным, временным и следует продолжать изучение болезни. Из сказанного следует, что невротические диссоциативно-конверсионные нарушения следует разграничивать с «органическим диссоциативным расстройством» (F06.5), возможным в клинической картине заболеваний органической природы.

Принципы терапии. Лечение больных данного профиля обычно продолжительное, занимающее не менее 1-2 лет. Вначале проводятся кратковременные курсы купирования острых проявлений (феназепам, диазепам, меллерил, терален, сульпирид, хлорпротиксен). При расстройствах поведения дополнительно назначаются неулептил, тизерцин.

В дальнейшем применяются трициклические антидепрессанты (кломипрамин, имипрамин, amitриптилин) – в комбинации с транквилизаторами или мягкими нейролептиками.

В процессе психотерапии следует учитывать, что данные больные повышенно внушаемы и поэтому суггестивные техники, особенно гипноз, должны применяться очень осторожно и лишь при моносимптомах. Более адекватными являются когнитивно-поведенческая и краткосрочная психодинамическая терапия.

Поддерживающее лечение включает в себя семейную психотерапию и длительный прием серотонинэргических антидепрессантов (тианептин, флуоксетин, рексетин, сертралин, циталопрам).

2.4. Неврастения

Неврастения (дословно – нервная слабость) – невроз, которым заболевают чаще люди, ведущие напряженную жизнь, исхлестанные недостатком времени, искажённые волнениями, перекошенные невзгодами, ослабленные экзогенными, курением, алкоголизмом. Это болезнь перенапряжений, переутомлений и нервных срывов, болезнь цивилизации, технизации, урбанизации. *Основные симптомы – психическая и физическая истощаемость, нарушения сна, головная боль и самые разнообразные вегетативно-соматические дисфункции с ощущениями дискомфорта и болей в теле.*

При неврастении с преобладанием раздражительной слабости (*гиперестетическая форма* этого невроза) преобладают явления повышенной раздражительности, нервозности, вспышкообразных реакций с последующим истощением. *Гипостенический вариант* неврастении характеризуется более глубокой слабостью, вялостью, пассивностью,

чувством бессилия и безразличия, ощущениями усталости от жизни, от всего происходящего.

Выделяют также неврастению с преобладанием *эмоционально-вегетативной* лабильности, когда эмоциональная сверхчувствительность сопровождается глубоко выраженными, но непродолжительными, скоропроходящими эмоциональными и вегетативными реакциями – легко возникающий плач, бурная раздраженность с покраснением или побледнением, потливостью, ознобом, тремором, сердцебиением, скачкой артериального давления, позывами на мочеиспускание и т.п.

Неврастенические проявления могут сочетаться с депрессивными, диссоциативно-конверсионными, ипохондрическими и другими невротическими расстройствами.

В МКБ-10 неврастения отнесена в рубрику «другие невротические расстройства» (F48), так как во многих странах она диагностируется редко, во-первых, встречаясь действительно реже, а во-вторых, - вследствие диагностических критериев, отличающихся от наших: многие подобные состояния относятся либо к депрессивным, либо к тревожным расстройствам.

Существует два основных типа неврастении, имеющие много общего. При первом типе основным симптомом является повышенная утомляемость после умственной работы, снижение профессиональной продуктивности и эффективности в повседневных делах (за счет невозможности сосредоточиться, отвлекаемости мыслей, посторонних воспоминаний). При другом типе неврастении преобладает физическая слабость и истощаемость после минимальных усилий с чувством напряжения и боли в мышцах с невозможностью расслабиться. При обоих типах беспокоят головные боли, головокружения, раздражительность, ангедония, бессонница или гиперсомния.

В основе неврастенического расстройства лежит внутриличностный конфликт в форме противоречия между ослаблением психических и физических ресурсов личности, с одной стороны, и её завышенным стремлением к достижениям, требовательность к себе – с другой стороны. Недостаточность отдыха у таких людей, перерывов в работе, расслаблений и развлечений сочетаются с подхлестыванием себя и заряженностью на труд.

Диагностика неврастении, наряду с доказанностью полноты ее клинических проявлений, требует исключения депрессивного заболевания, тревожных расстройств, а также соматоформных нарушений – особенно, когда у больных неврастенией преобладают физические жалобы.

Неврастеноподобные расстройства могут появляться после физического заболевания: гриппа, гепатита, многих других инфекций, у больных с сосудистыми заболеваниями, после интоксикаций и черепно-мозговой травмы. В этих случаях речь идет об «органическом эмоционально лабильном (астеническом) расстройстве» (F06.6).

Лечение неврастении предусматривает в первую очередь купирование астении. С этой целью назначаются *общетонизирующие средства растительного происхождения* (женьшень, левзея, фитовит); *ноотропные* препараты (пирацетам, пиритонил и др.); средства *ноотропно-*

метаболического действия (церебролизин, гинкгобилоба); *анаболические* препараты (рибоксин); *поливитамины* с полименералами; *аминокислоты* (глицин, холин альфосцерат, актовегин).

Эмоционально-вегетативная лабильность при неврастении корректируется назначением фенибута, мебикара, грандаксина, рудотеля и других так называемых дневных транквилизаторов, не оказывающих явного седативного действия.

Психотерапия является обязательной в лечении неврастении. Используются суггестивные методики, включая гипноз (особенно гипноз-отдых), ауторелаксация, когнитивно-поведенческая и личностно-реконструктивная терапия.

ГЛАВА 3. Соматические расстройства психогенного происхождения

3.1. Классификация психогенных соматических расстройств

По выражению В.Д.Тополянского и М.В.Струковой (1986) – авторов книги «Психосоматические расстройства», - в соматических клиниках немало «заблудившихся» больных из числа психиатрических пациентов с невротическими нарушениями, но с соматическими жалобами. О них говорят, как о «хронических ходоках по врачам», о больных, у которых «ничего нет» или как о «проблемных больных» - в том смысле, что не удается найти объективную основу их жалобам.

По современным данным, от 40% до 60% всех посетителей поликлиник нуждаются в эмоциональной коррекции, а минимум четверти из них требуется психиатрическая оценка невротического состояния. Их соматические жалобы связаны с переживаниями неприятных жизненных событий, трудностей или конфликтов.

В широком смысле слова речь идет о *психосоматической патологии, т.е. о расстройствах функций органов и систем организма в связи с воздействием психогенно-травмирующих факторов при определенном отношении к ним личности.*

В последние десятилетия все острее встает проблема *соматизации переживаний людей, т.е. патогенного действия энергии душевных страданий на механизмы вегетативные, нейроэндокринные, висцеральные, иммунные.* С одной стороны, происходит рост «пограничных» психических расстройств (неврозов, аномалий личности, нарушений психологического развития, адаптивных нарушений психики, острых реакций на тяжелый стресс, посттравматических стрессовых расстройств, патологических развитий личности, депрессий, фобий и т.п.). С другой стороны, нарастает частота *соматической патологии «на нервной почве» (соматоформных и соматизированных психических расстройств, психосоматических реакций и психосоматических болезней).* С третьей стороны, любое соматическое заболевание, любая физическая травма или иное поражение сами по себе являются фактором стрессового воздействия на психику вплоть до переживаний жизненного кризиса и состояний обреченности, что создает дополнительное нервно-психическое напряжение и замкнутый патогенетический круг.

Развитие теории эмоций показало, что в любом эмоциональном состоянии имеет место единство психологических, церебральных, вегетативных и нейроэндокринных компонентов (Симонов П.В., 1967; Анохин П.К., 1968; Lange L., 1890; Papes J.W., 1937; Brady J.V., 1955; Olds J., 1960; Gellgorn E., Luffborrou J, 1966; Cannon W.B., 1937; Selye H., 1953; Isard C., 1980). Мысль о таком единстве проходит красной нитью в исследованиях *эмоциогенной соматической патологии* – от «соматической» циклотимии Д.Д.Плетнева (1927), органно специфических эмоций М.И.Аствацатурова (1932), от взгляда на лимбическую систему как на «висцеральный мозг» (Mc

Lean, 1949) до современных концепций психосоматических заболеваний (Губачев Ю.М., 1981; Тополянский В.Д., 1986; Dunbar F., 1948; и др.) и так называемых маскированных депрессий (Ануфриев А.К., 1969; Десятников В.Ф., 1981).

Все соматические расстройства психогенного происхождения разделяются на следующие группы:

1. Синдромы, связанные с физиологическими нарушениями (F50-F59): нервная анорексия, нервная булимия, психогенное переедание и психогенная рвота, психогенные расстройства сна).

2. Конверсионные невротические симптомы (см. F44), развивающиеся по истерическим механизмам бессознательной мотивации поиска вторичной выгоды. Симптомы этого рода носят символический характер в том смысле, что они соотносятся к конкретным лицам («у меня от тебя голова болит», «ты мучаешь мое сердце») и более всего связаны с комплексами личности (комплекс неполноценности, нарциссизма, величия, «гадкого утенка», физического недостатка и т.п.). *Наиболее богаты конверсионной симптоматикой истерические (диссоциативные) неврозы, проявления которых обуславливаются подсознательными представлениями больных о том, какой должна быть их болезнь, какое впечатление она должна производить на окружающих, чтобы они уделили больным больше внимания, жалости, заботы и т.п.:*

- *неврологические функциональные расстройства* (парезы, параличи, судороги, припадки, мутизм, афония, астазия – абазия);

- *функциональные расстройства органов чувств* (слепота, глухота, anosmia, кожная анестезия);

- *неорганические алгические синдромы* (цефалгия, кардиалгия, суставные боли, абдоминальные боли, синдромы Брике и Мюнхгаузена – чрезмерно преувеличенные страдания, обуславливающие даже хирургические вмешательства);

- *висцеральные дисфункции* органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, желчевыводящих путей, мочеполовой сферы, сердечно-сосудистой системы).

3. Соматоформные невротические расстройства (F45) раньше назывались «*органными неврозами*» и «*системными неврозами*», которые понимались как результат перенапряжения этих органов и систем в процессе глубоких переживаний. В отличие от конверсионных (диссоциативных) расстройств при возникновении соматоформных нарушений отсутствует участие личностных символов и представлений о том, какой должна быть болезнь. Отсутствуют также вторичная выгода и психологически защитная сущность расстройств. Здесь имеет место, с одной стороны, *соматизация переживаний*, а с другой, - предшествовавшая слабость некоторых органов и систем (*locus minoris resistentia*), за счет чего возникает соматическая встречаемость во время интенсивных переживаний (рвется там, где тонко). Эти расстройства носят чисто функциональный обратимый характер, тем не менее больные озабочены своим состоянием. Нарушения при этом могут быть любого типа: кардиологического, гастроэнтерологического,

пульмонологического, дерматологического, гинекологического, урологического, артрологического, вегетологического, сексопатологического, логопедического, неврологического и т.д.

Соматоформные нарушения (F45) делятся на:

- *соматизированные расстройства* (F45.0), развивающиеся как «органные» или «системные» невроты в результате соматизации психотравмирующих переживаний; они представляют собою инициальный период заболеваний «на нервной почве», т.е. психосоматических болезней;

- *соматоформные вегетативные дисфункции* (F45.3), возникающие в рамках функциональных вегетодистоний, «вегетоневрозов» и отличаются выраженным проявлением вегетативных симптомов в сочетании с вегетогенными дисфункциями других органов и систем (сердечно-сосудистой, дыхательной, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы, других органов и систем);

- *хроническое болевое соматоформное расстройство* (F45.4) – «психалгии», психогенные боли самой различной локализации (голова, спина, ноги и т.п.).

Особое место среди соматоформных нарушений (F45) занимают ипохондрические состояния.

Ипохондрическое расстройство (F45.2) возникает в связи с переживаниями по поводу своего здоровья: либо под влиянием неосторожных действий медицинских работников (ятрогения), либо вследствие изменившегося самочувствия индивидуума (в т.ч. в связи с реальной болезнью). В любом случае больные испытывают чрезмерную тревогу, необоснованные опасения и убеждения в наличии у них той болезни, которой в самом деле нет, либо в наличии более тяжелой формы существующей болезни, чем форма, имеющаяся на самом деле (рака, СПИДа, болезни крови, сифилиса и т.п.)

4. Психосоматозы – физические психосоматические болезни:

- *неврологические* (мигрень, транзиторные церебральные ишемические приступы, вегетативные расстройства);

- *сердечно-сосудистые* (гипертоническая болезнь; ишемическая болезнь сердца; стенокардия; пароксизмальная тахикардия; нарушения сердечного ритма; гипотоническая болезнь);

- *органов дыхания* (бронхиальная астма);

- *желудочно-кишечного тракта* (язвенная болезнь; гастрит, дуоденит; диспепсия; язвенный колит; синдром раздраженного кишечника; функциональная диаррея; дискинезия кишечника; запор);

- *желчевыводящих путей* (дискинезия желчного пузыря и желчных путей; холецистит; желчнокаменная болезнь);

- *кожи* (экзема, дерматит, псориаз, крапивница);

- *суставов* (ревматоидный артрит);

- *мочеполовой сферы* (нервномышечная дисфункция мочевого пузыря, дисменоррея, мочекаменная болезнь).

Следует различать истинные («органические») психосоматозы – язвенная болезнь, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца и

др., которые являются объектом изучения интернистов, и функциональные психосоматозы, относящиеся к сфере психиатрии («соматоформные невротические расстройства» - F45 и «поведенческие синдромы с физиологическими нарушениями (F5).

Недоучет данных соотношений в работе врача любого профиля препятствует психотерапевтически правильному взаимодействию с больными и может существенно влиять на качество лечения и реабилитации больных. От каждого практикующего врача требуется понимание личности больных, особенностей реагирования и умение распознавать органические психосоматические болезни и отграничивать их от соматоформных психических расстройств.

3.2. Соматоформные расстройства (F45)

В российском издании МКБ-10 (Классификация психических и поведенческих расстройств. – СПб., 1994) в отношении соматоформных расстройств (с. 159) отмечается, что «достижимая степень понимания причин симптоматики (данного рода) часто является разочаровывающей и фрустрирующей как для пациента, так и для врача». Пациенты говорят о наличии у них физических симптомов и настаивают на обследовании с целью подтверждения физической основы болезни.

Врачи, не находя последней, вынуждены преодолевать сопротивление больных, пытаюсь склонить их к обсуждению вопроса о психологической обусловленности заболевания.

*Главным признаком соматоформных расстройств (F45) является повторяющееся возникновение **физических симптомов** наряду с постоянными требованиями медицинских обследований **вопреки подтверждающимся отрицательным результатам.***

При этом разные физические болезни, о которых известно, не могут объяснить тяжесть, обширность, вариабельность и упорство физических жалоб или соответствующей социальной несостоятельности. Многие больные, не удовлетворенные результатами обследования и не соглашающиеся рассматривать их расстройство с психологических позиций, занимаются самолечением или пользуются услугами неспециалистов.

Соматоформные расстройства делятся на соматизированные, недифференцированные, ипохондрические, вегетативные и в форме упорного болевого синдрома.

Соматизированное расстройство (F45.0) может относиться к любой части тела или систем организма. Больные на протяжении ряда лет без результата посещают врачей. Некоторым из них делают бесполезные операции. Жалобы больных множественные и касаются двух и более ниже обозначенных групп:

- *желудочно-кишечные симптомы*

1. Боли в животе;

2. Тошнота;
3. Чувство распираания или переполненность газами;
4. Плохой вкус во рту или обложенный язык;
5. Рвота или отрыгивание пищи;
6. Жалобы на частые движения кишечника или на отхождение газов;

- *сердечно-сосудистые симптомы*

7. Одышка без нагрузки;
8. Боли в груди; нарушения сердечного ритма;

- *моче-половые симптомы*

9. Дизурия или жалобы на частое мочеиспускание (миктурия);
10. Неприятные ощущения в половых органах или около них;
11. Жалобы на необычные или обильные выделения из влагалища;

- *кожные и болевые симптомы*

12. Жалобы на пятнистость или депигментацию кожи;
13. Боли в конечностях или суставах;
14. Неприятное онемение или чувство покалывания, зуд, жжение, болезненность.

Для достоверной диагностики требуется 6 или более названных симптомов, относящихся к двум и более обозначенным группам, существующим более 2-х лет.

Течение расстройства хроническое, волнообразное. Чаще встречается у женщин, чем у мужчин и начинается обычно в молодом возрасте (до 30 лет). Сопровождается тревогой, гипотимией. Преподносится несколько драматизированно, взволнованно, с желанием привлечь внимание.

Недифференцированное соматизированное расстройство (F45.1) отличается, тем, что клиническая картина здесь неполная, несформированная. Это связано с меньшей продолжительностью расстройств (не более 6 месяцев). Социальное функционирование и семейное положение также могут быть еще не нарушенными. Такие больные нуждаются в еще более осторожной диагностике, чтобы не исключить возможную физическую болезнь.

Ипохондрическое расстройство (F45.2) проявляется неадекватными и чрезмерными опасениями за свое здоровье с убеждением в наличии у себя какой-либо одной серьезной болезни (иногда – двух).

Ипохондрия может входить в структуру любого невротического состояния – чаще в сочетании с депрессией, тревожным ожиданием, фобиями или истерическими проявлениями. Однако встречаются такого рода психогении, в которых доминирует угроза здоровью или даже жизни пациента, особенно если он мнителен и всегда боялся заболеть, может и не

отдавая себе в этом отчет. Такая мнимая или преувеличенная угроза здоровья исходит обычно от каких-то неприятных ощущений, временных расстройств, выводится «логически» из публикаций на медицинскую тему или из рассказов о болезнях других людей. Нередко представления об угрозе своему здоровью пациент выносит из общения с медицинскими работниками, действующими недеонтологично, ятрогенно.

Проявляется ипохондрический невроз переживанием опасений, тревоги или даже страха за здоровье. Это либо фобическая тревога, либо предположение у себя той или иной болезни, тревожное ожидание, граничащее с уверенностью в ее наличии. Поэтому ипохондрические неврозы легко усложняются, переходя в ипохондрические сверхценные идеи, т.е. в регистр расстройств близких к бреду. Сюда относят также дисморфофобии и различные виды нозофобий (кардиофобия, канцерофобия, сифилофобия, спидофобия и т.п.).

Соматоформная вегетативная дисфункция (F45.3) касается сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной, дыхательной и моче-половой систем в их единстве с вегетативной системой, под влиянием которой они находятся. *Первичным расстройством здесь является вегетативное возбуждение вследствие психологического стресса.* Симптомы обычно бывают двух типов.

Первый тип симптомов, на котором, собственно, основана диагностика, - это явления симптоза, парасимптоза, смешанная вегетодистония, вегетативные кризы, перманентная вегетодистония с жалобами именно на вегетативное возбуждение: сердцебиение, потливость, озноб, тремор, покраснение и т.п.

Второй тип симптомов проявляется жалобами субъективного характера – неприятными ощущениями в области определенных органов или систем:

- *сердца и сердечно-сосудистой системы (F45.30)*: нейроциркуляторная астеня, вегетососудистая дистония;

- *верхний отдел желудочно-кишечного тракта (F45.31)*: психогенная аэрофагия; икота; диспепсия; пилороспазм;

- *нижний отдел желудочно-кишечного тракта (F45.32)*: психогенный метеоризм; синдром раздраженного кишечника; синдром газовой диареи; психогенный понос;

- *дыхательная система (F45.33)*: психогенные формы кашля и одышки; нарушения ритма дыхания, ларингоспазм, бронхоспастические психогенные явления, невротическая икота; синдром нехватки воздуха;

- *моче-половая система (F45.34)*: психогенная дизурия; психогенное повышение частоты мочеиспускания;

- *другие органы или системы (F45.38)*.

Лечение соматоформных расстройств должно начинаться с консультаций специалистов (невролог, кардиолог, гастроэнтеролог, гинеколог, уролог, онколог и др.) и с тщательного поиска возможной органической основы страдания, отсутствие которой закрепляет диагноз невротических нарушений. В то же время от врача требуется еще больше

серьезного внимания именно к соматической сфере больных, что, с одной стороны, успокаивает их, а с другой, - настраивает на правильное отношение к своей болезни, как к психологическому расстройству.

Прерогатива отдается *психотерапии*: релаксационным и суггестивным методам, когнитивно-бихевиоральной терапии, биологически обратной связи, гештальт-техникам, инсайт – ориентированной психотерапии. Поскольку для больных с соматоформными расстройствами очень значимы поддержка и социальное взаимодействие, лечить их следует групповыми подходами.

Что касается *фармакотерапии*, то, как и при других психогениях, здесь показаны бета-адреноблокаторы; короткие курсы транквилизаторов; вегетативная стабилизация с помощью карбамазепинов, ноотропов, метаболических и вазоактивных средств, иглоукалывания. Одним из обязательных подходов в лечении соматоформных расстройств является назначение антидепрессантов – лучше сбалансированного действия (тианептин, пирлиндол, кломипрамин, мапротилин).

3.3. Психосоматические болезни

Психосоматические заболевания, как отмечено выше, являются органическими психосоматозами, т.е. физическими заболеваниями. Однако *в их этиологии важную роль играют психологические факторы*. При этом в подавляющем большинстве случаев в качестве причинности выступают не явные психические расстройства как таковые, а обыденное нервное напряжение и, как говорил И.П.Павлов, повседневные переживания по поводу повседневных трудностей. Об этих заболеваниях широко распространено представление как о болезнях, возникающих, «на нервной почве».

С другой стороны, психосоматические заболевания практически всегда сопровождаются психическими нарушениями. Они чаще всего относятся к категории легких, но в большинстве случаев носят пролонгированный характер (беспокойство, дурные предчувствия, эмоциональная неустойчивость, неуравновешенность во взаимоотношениях с другими людьми, пониженное настроение, некоторая рассеянность, недостаточная работоспособность и целеустремленность, повышенная мнительность и т.п.). Лишь у небольшой части больных с психосоматическими заболеваниями можно констатировать сопутствующее (коморбидные) психические нарушения, как таковые: депрессивные, тревожно-фобические, ипохондрические, истерические, поведенческие.

Учитывая столь тесную этиопатогенетическую и клиническую связь психосоматических заболеваний с психологическими факторами, в МКБ-10 введена *специальная рубрика (F54) для регистрации наличия психологических факторов, которые сыграли, как предполагается, важную роль в этиологии физических расстройств, классифицируемых в других рубриках МКБ-10*, например:

1. **Мигрень** (Q43 + F54), преходящие транзиторные церебральные ишемические приступы (Q45 + F54), вегетативные расстройства (Q90 + F54).
2. **Гипертония** (I 10-I 15 + F54), ишемическая болезнь сердца (I 20 – I25 + F54), пароксизмальная тахикардия (I 47 + F 54), нарушения сердечного ритма (I 49 + F 54), гипотензия, гипотония (I 95 + F54).
3. **Бронхиальная астма** (J45 + F 54).
4. **Язва желудка** (K25 + F54), язва 12-перстной кишки (K26 + F54), гастрит и дуоденит (K29 + F54), диспепсия (K30 + F54), язвенный колит (K51 + F54), другие неинфекционные гастроэнтериты и колиты (K52 + F54), мукозный колит – синдром раздраженного кишечника (K58 + F54), запор (K59.0 + F54), функциональная диарея (K59.1 + F54), дискинезия кишечника (K59.8.1 + F54).
5. **Желчнокаменная болезнь** (K80 + F54), холецистит (K81 + F54), дискинезия желчного пузыря и желчных путей (K82.8.0 + F54).
6. **Экзема и дерматит** (L23 – L25 + F54), зуд (L29 + F54), экзема (L30 + F54), псориаз (L40 + F54), крапивница (L50).
7. **Ревматоидный артрит** (M06 + F54).
8. **Мочекаменная болезнь** (N20 – N23 + F54), нервномышечная дисфункция мочевого пузыря (N31 + F54).
9. **Дисменоррея** (N94.6 + F54).

Во всех приведенных случаях речь идет о том, что психологические факторы в той или иной мере участвовали в манифестации и (или) течении болезни и, возможно, продолжают нарушать соматическое состояние, способствуя неблагоприятной его динамике. В этой связи со всей очевидностью встает вопрос о необходимости планирования комплексной терапии данных заболеваний.

Лечение органических психосоматозов предусматривает обязательное участие в нем, наряду с основным специалистом, также психотерапевта и (или) клинического психолога. *Глубоко должна быть изучена личность пациента и его психобиография.* Необходимо выявить также психологические комплексы и актуальные переживания больных и преобладающую форму их психологической защиты, а также типичные паттерны реагирования и поведения в стрессовых ситуациях.

Известно, что врачи соматического профиля довольно широко пользуются в своей практике психотропными препаратами, особенно – транквилизаторами и антидепрессантами. Однако назначению психотропных средств обязательно следует предпослать консультацию психотерапевта или психиатра и согласовать целесообразность психофармакологической терапии. В большинстве случаев она действительно показана. Вместе с тем следует выбирать в первую очередь те психотропные средства, которые содержат в себе не только психокоррекционные эффекты, например, в отношении депрессии, но и способные оказывать действие вегетостабилизирующее, психосоматически гармонизирующее и при этом не обладающие выраженными нежелательными побочными воздействиями.

В группе транквилизаторов данным требованиям в наибольшей мере соответствуют тофизопам (грандаксин), клобазам (фризиум), хлордиазепоксид (элениум), лоразепам (ативан), мексидол, бромазепам, алпразолам, фенибут, медазепам (рудотель).

Из антидепрессантов решению задач психосоматической практики могут способствовать прежде всего тианептин (коаксил), флувоксамин (феварин), мапротилин (людиомил), пипофезин (азафен), миансерин (леривон).

Ноотропные средства, помимо действия мнемотропного и когнитивнотропного, так же обладают в большинстве своем эффектами, нужными при лечении психосоматической патологии: антидепрессивным, вегетостабилизирующим, вазоактивным, антиалгическим, антиоксидантным, церебропротекторным (нооклерин, пикамилон, пантогам, танакан, мексидол, винпоцетин, нимодипин, пиридитол и др.).

Психотерапия является обязательным компонентом в комплексном лечении психосоматических заболеваний (релаксационные методы, когнитивно-поведенческая терапия, биологическая обратная связь, краткосрочная динамическая психотерапия).

3.4. Невротические расстройства при психосоматических заболеваниях

По данным специальных исследований (Александровский Ю.А., 2002), невротические и невротоподобные расстройства в соматических стационарах встречаются в 7-12% случаев, т.е. в среднем у каждого десятого больного. А в территориальных поликлиниках они обнаруживаются в 51,6% случаев, т.е. у каждого второго больного.

Наиболее часто при этом встречаются *невротические реакции личности больных на свое соматическое заболевание.*

С психологической точки зрения, любая болезнь для заболевшего человека создает ситуацию *жизненного кризиса*, какой бы безобидной она не выглядела на первый взгляд. В любом случае она может переживаться, а чаще именно переживается, как угроза не только здоровью и жизни. Возникшее расстройство создает трудности в социальном функционировании, угрожает жизненным планам, учебе или работе, нарушает межличностные отношения и может быть угрозой также окружающим, если заболевший человек был их кормильцем. Поэтому *всегда при появлении первых признаков болезни отмечается выраженная эмоциональная реакция с чувствами тревоги, опасений, досады, иногда выраженного страха, боязни лечебных процедур.*

Установлено, что во всех случаях любых заболеваний реагирование личности приводит, с одной стороны, к формированию ВКБ (внутренней картины болезни по Р.А.Лурия, 1935), а с другой, - к проявлениям эмоционально-поведенческих изменений.

В динамике *личностного реагирования* на свое заболевание выделяются следующие стадии:

1. *Стадия неосознанных или не вполне осознанных эмоциональных реакций* (тревоги, страха, депрессии, нервозности, озлобленности, зависти к здоровым лицам и т.п.).

2. *Включение механизмов психологической защиты*. Они, в соответствии с учением З.Фрейда, представляют собою природную способность человеческого организма редуцировать эмоциональное перенапряжение и тем самым снижать патогенное воздействие отрицательных эмоциональных переживаний. Существует множество форм психологически защитного реагирования. В одних случаях это реакции интрапсихического характера (вытеснение, отрицание, рационализация и т.п.), а в других – поведенческого характера (погружение в какую-либо деятельность, алкоголизация, иногда – суицидальное поведение, а у многих больных – погружение в процесс всевозможных консультаций и обследований).

3. *Стадия интеллектуального поиска* со стремлением личности осмыслить свое заболевание и получить о нем определенный объем информации. При этом больные обращаются не только к соответствующим специалистам, но пользуются также информацией случайных лиц, больных с «опытом», всевозможных целителей и знахарей. Частое отсутствие правильного представления о своей болезни и адекватного ее понимания усиливает тревожные ожидания и способствует еще более глубокой невротизации личности. Одной из первейших задач врача любой специальности является выяснение вопроса о том, насколько адекватно восприятие больным своего заболевания и каковы его знания по этому вопросу.

4. *Стадия формирования личностного отношения к болезни*. В зависимости от того, какие ощущения испытывает больной и как он понимает свою болезнь у него могут сформироваться *различные варианты личностной позиции в болезни*:

- *спокойно адекватного отношения* с состоянием личностной мобилизованности и готовности к любым необходимым видам лечения;
- может быть *реакция гипернозогнозии* с субъективным преувеличением тяжести расстройств;
- *реакция гипонозогнозии* с недооценкой серьезности патологии;
- *депрессивная реакция* с чувством крушения жизненных планов, утратой перспективы, с отчаянием и безысходностью; может проявляться суицидальным поведением;

- *ипохондрическая реакция* с состоянием упадничества, тревожной мнительностью и тревожными ожиданиями с нарастанием убежденности в неизлечимости своего заболевания и в тяжелых ее последствиях;
- *истерическая реакция* с неосознанным стремлением поставить себя в центр внимания, произвести с помощью болезни особое впечатление на окружающих и вызвать у них более глубокие чувства жалости к себе, дополнительного внимания, усиленной заботы и с целью получения каких-то других психологических выгод или даже материальных выгод;
- *тревожно-фобическая реакция* личности с тяжелыми предчувствиями и предположениями, с навязчивыми и доминирующими мыслями, с мрачными овладевающими представлениями, с навязчивыми страхами (фобиями) тех или иных расстройств или заболеваний (кардиофобия, канцерофобия, СПИДОФобия, страх сойти с ума и т.п.); иногда тревожно-фобические состояния достигают степени панических атак с сильным вегетативным возбуждением напоподобие гипоталамических приступов;
- *психопатоподобное агрессивное реагирование* с негативизмом по отношению к окружающим, завистью и ненавистью к ним;
- *кверулянтно-сутяжная реакция* с доминирующими мыслями о том, что врачи несвоевременно установили диагноз и избрали неадекватную стратегию ведения больного, вследствие чего больным предпринимаются попытки «восстановить справедливость» и добиться наказания виновных.

Как видно, в большом разнообразии личностного реагирования на свою болезнь только один вариант является *адаптивной реакцией*. Это реакция мобилизации личности со стремлением к адекватному пониманию своей болезни. В остальных случаях имеет место *дезадаптивное реагирование* из-за незрелости личности, повышенной мнительности, отсутствия информированности о своей болезни, непонимания ее сущности, а также из-за некорректного поведения медицинских работников (ятрогении).

С психиатрической точки зрения, любое заболевание для заболевшего это стрессовое жизненное обстоятельство, способное привести (и часто приводящее) к психическим расстройствам адаптации (F43.2 по МКБ-10). Поэтому во всех случаях, где имеет место явное невротическое реагирование на наличие или на возможность серьезной физической болезни, должен выставляться *сопутствующий (коморбидный) диагноз невротического расстройства: либо расстройства адаптации (F43.2), либо ипохондрического расстройства (F45.2)*.

Расстройства адаптации (F43.2) развиваются в основном у больных с более тяжелыми физическими заболеваниями и с более серьезным прогнозом. В большинстве же психосоматических заболеваний с меньшей тяжестью физической болезни в качестве личностной реакции возникают

ипохондрические состояния (F45.2) в форме чрезмерной озабоченности своей соматической болезнью в сочетании с тревогой и нозофобиями (кардиофобия, канцерофобия и т.п.) При этом больные испытывают постоянные идеи о существовании у них более тяжелой формы заболевания, чем есть на самом деле, и не верят различным докторам, пытающимся убедить пациента в противоположном. Ипохондрическое расстройство приходится дифференцировать с депрессивными и бредовыми состояниями, с тревожными и паническими расстройствами, а также с **соматизированными невротическими проявлениями (F45.0) и с вегетативными дисфункциями (F45.3).**

Из физических поражений и заболеваний наиболее часто личностные невротические реакции сопутствуют травматическим повреждениям, заболеваниям сердца, кожи, болезням органов зрения или слуха, онкологической патологии, заболеваниям гинекологическим, а также болезням желудочно-кишечного тракта. Вместе с тем роль психической травмы может играть любой вид патологии, поскольку основное значение имеет не столько сама по себе болезнь, сколько отношение личности к ней. В этой связи серьезную помощь врачам всех соматических специальностей могут оказать клинические психологи, в задачи которых входит как углубленная диагностика патопсихологического состояния больного, так и диагностика личности и коррекция ее реагирования.

Клиническое значение невротических нарушений у соматически больных состоит в том, что они усугубляют физическое расстройство, могут сами по себе хронизироваться и даже привести к *патологическому развитию личности*. При этом проявления невротических состояний, наряду с отмеченными выше их общими свойствами, имеют свои специфические особенности в зависимости от основного вида физической болезни. По понятным причинам здесь рассматриваются не все формы физической патологии, а лишь невротические реакции при основных физических болезнях психосоматического характера.

3.4.1. Соматоформные сердечно-сосудистые расстройства

Сердце и сосуды – это психофизиологический (психосоматический) орган души человека. Известно, что сердце может радоваться, печалиться, тосковать, гневаться... и все тяжкие переживания оставляют в нем свои зазубрины («печаль моя на сердце закипела»).

Психогенез сердечно-сосудистых заболеваний включает в себя несколько механизмов, создающих замкнутый психосоматический порочный круг:

1. *Личностные свойства индивида, предрасполагающие к психогенной сердечно-сосудистой патологии* (деятельный, активный, но чувствительный и ранимый; близко воспринимает к сердцу; недополучивший с детства любви, заботы, покоя и стабильности; покарженный борьбой за достижения в жизни, трудностями и конфликтами; истощенный нехваткой времени, спешкой, устремленный вперед и подгоняющий себя).

2. *Отрицательные эмоции и душевные волнения* ведут к длительному сжатию («зажимам») среднего мышечного слоя стенок сосудов, вследствие чего ухудшается питание эндотелия (внутреннего слоя стенок сосудов). Его клетки становятся проницаемыми для липидов, холестерина и кальция. Перенасыщение ими ведет к образованию бляшек. Нарушается кровоснабжение и поступление кислорода в мышцы сердца, в головной мозг и во все остальные органы и ткани организма.

3. *Артериальная гипертензия* развивается как следствие хронического системного спазмирования кровеносных сосудов, а затем – их склерозирования.

4. *Ишемическая болезнь сердца* возникает по тем же механизмам хронического спазмирования коронарных сосудов, стенозирующего коронаросклероза.

5. *Хроническая эмоциональная неудовлетворенность* приводит к неосознанному поиску заместительных удовольствий. Личность находит их в *переедании, курении, алкоголизации и либо в гиподинамии, либо, наоборот, в работоголизме*, что резко повышает риск сосудистых осложнений.

Значение имеют также, как известно, *психосоциальные факторы* (положение в обществе, характер работы, семейная атмосфера и т.п.) и *факторы биологические* (наследственная отягощенность).

У больных кардиологического профиля (ишемическая болезнь сердца, стенокардия, перенесенный инфаркт) нередко дополнительно развивается невротическая реакция личности в форме *кардиофобии*. Это приступообразно проявляющееся чувство страха, относящееся к деятельности сердца. *Больные испытывают страх остановки сердца и смерти*. При объективном исследовании, в том числе на ЭКГ, не обнаруживается столь угрожающих признаков. Переживания больных, тем не менее, не исчезают, а у части из них могут перерасти в ничем не обоснованные убеждения о наличии более серьезной патологии сердца, чем есть на самом деле (*ипохондрия на уровне сверхценных идей – F45.2*).

От фобической реакции личности на уже существующую физическую болезнь сердца следует отличать так называемый «невроз сердца» (синдром Да Коста), при котором объективно не подтверждается органная патология. Больные при этом предъявляют лабильные жалобы на нервные удары сердца, волнение сердца, сердцебиение, перебои, замирания, одышку без нагрузки, изменения частоты сердечных сокращений (ЧСС) и артериального давления (АД).

У одних больных указанные ощущения со стороны сердца являются первичными, т.е. возникающими непосредственно в ситуациях нервного напряжения, ссор, конфликтов, тревоги, озлобленности и т.п.

У этих больных преобладает озабоченность данными симптомами и они вынуждены искать повторных обследований и консультаций, не удовлетворяясь отсутствием объективных подтверждений физической болезни сердца (*соматизированное расстройство с сердечно-сосудистыми симптомами – F45.0*)

У других больных в жалобах на сердце доминируют в первую очередь признаки вегетативного возбуждения: слабость, покраснение или побледнение, холодный или горячий пот, сухость во рту, перепады АД, сердцебиение (вегетососудистая дистония, а по МКБ-10 **«соматоформная вегетативная дисфункция с преобладанием симптомов со стороны сердечно-сосудистой системы»** - F45.30). Для этих больных типичны сердечно-сосудистые психосоматические реакции:

1. *Психогенные синкопальные состояния* – кратковременная потеря сознания из-за сильной эмоциональной чувствительности и вегетативной возбудимости (при ожидании боли, в кресле у стоматолога, при виде крови, в мясной лавке, обмороки в церкви и т.п.). Их следует разграничивать с органической гипоталамической недостаточностью и с эпилептическими припадками.

2. *Гиперкинетический сердечный синдром* (чувство трепетания, замирания и страха в сердце в структуре тревожного возбуждения с ощущениями озноба, похолодания конечностей, головокружением и др.)

Расстройства сердечной деятельности тесно связаны с сосудистой патологией. Органический психосоматоз со стороны сосудов наиболее часто представлен гипертонической болезнью.

К развитию **гипертонической болезни** предрасположены личности, которых

- строго воспитывали или даже подавляли;
- научили сдерживать и вытеснять в себя свои эмоции, не высказывать свое мнение и молча подчиняться;
- которые такие же требования затем предъявляют у себя в семье на работе, в дружеских отношениях.

Подавленные и неотрагированные эмоции, непроработанные конфликты, невысказанные чувства, - все это создает глубинное внутреннее напряжение, скрытую недоброжелательность, латентную враждебность, заторможенную агрессивность. *Основной механизм такого сдерживания себя – вазоконстрикторная психосоматическая реакция.* Сначала она проявляется ситуативной гипертензией, а затем – хронической (в далеко зашедших случаях – с соединительнотканными отложениями в стенках сосудов).

При гипертонической болезни (ГБ) нередко наблюдаются невротические астенодепрессивные, фобические и истероформные расстройства. Больные часто удручены самим фактом развития болезни сосудов и необходимостью постоянного лечения в течение всей оставшейся жизни. У них развиваются повышенная эмоциональная чувствительность, ранимость, слезливость, обидчивость и тревожно-депрессивные реакции на обострения гипертонии. С утяжелением ГБ нарастают астения, раздражительность, могут появиться симптомы органического (когнитивного) снижения личности с затруднениями памяти, что в еще большей мере заостряет нервозность и ипохондричность больных. В конечном

счете может развиваться **невротическая депрессивно-ипохондрическая реакция личности на свою ГБ (F45.2)**.

Повышение АД может встречаться также в рамках вегетативной дистонии (Wichman В., 1934) с колебаниями артериального давления, с повышенной утомляемостью, раздражительностью, внутренней дрожью и симптомами вегетативного возбуждения (сердцебиение, потливость, игра сосудов кожи, колебания температуры тела и т.п.). Здесь речь идет о так называемом «вегетоневрозе», т.е. опять же о **«соматоформной вегетативной дисфункции с преобладанием симптомов сердечно-сосудистой системы» (F45.30)**. Однако нередко встречается своего рода и «чистый невроз сосудов» - без отчетливого возбуждения вегетативной нервной системы. Больные отмечают колебания артериального давления, транзиторную артериальную гипертензию (нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу по Н.Н.Савицкому, 1964). У этих больных преобладает не вегетативное возбуждение, как при F45.30, а выраженная аффективная напряженность (часто на фоне длительной психотравмирующей ситуации): нервозность, озабоченность, глубокая впечатлительность, стойкие фиксированные переживания с невозможностью отреагирования, сочетание депрессивности и раздраженности с чувством безысходности и бессилия в сложившихся неблагоприятных обстоятельствах, подавление в себе энергии переживаний (с последующей их соматизацией). Без преувеличения можно считать, что возникающее при этом **«соматизированное расстройство с преобладанием сердечно-сосудистых симптомов (F45.0)** является начальным периодом будущего психосоматического заболевания – гипертонической болезни.

Лечение невротических расстройств у больных сердечно-сосудистого профиля включает в себя комплекс мероприятий:

- *психотерапия* (жесткая, императивная, разъяснительная и суггестивная, а затем когнитивно-поведенческая);
- *транквилизаторы* короткими курсами с эффектами вегетативно-эмоциональной стабилизации и психосоматической гармонизации (тофизопам, клобазам, лоразепам, хлордиазепоксид, мексидол, бромазепам);
- *при фобиях, тревоге и беспокойстве* – алпразолам, бромазепам, фенибут, клоразепат, диазепам, феназепам;
- *антидепрессанты* (тианептин-коаксил, амиксид, пипофезин-азафен, алпразолам);
- *вазоактивные ноотропы* (винпоцетин, пикамилон, вазобрал, танакан, нимодипин);

- *бета-адреноблокаторы* (пропранолол, обзидан, анаприлин, атенолол);
- *фитотерапия*, как прямое воздействие, так и как способ опосредованного внушения (ново-пассит, боярышник, пустырник и др.).

3.4.2. Соматоформные желудочно-кишечные расстройства

Один из основоположников конституциональной психологии W.H.Sheldon (1940) выделил *висцеротонический тип человека* с функциональным преобладанием системы пищеварения. Эти люди, как показало дальнейшее их изучение, весьма чувствительны не только к недостатку любви, нежности, общения. Не случайно эту область человеческого организма W. Canon (1934) расценивал как широкое поле влияния психики на соматику. Острые и хронические психические травмы, длительные депрессивные состояния изменяют и аппетит, и функционирование желудка и кишечника. Наибольшее патогенное воздействие на данную сферу оказывают состояния глубоких обид и разочарований, угрызений совести и самообвинения, переживания по поводу измен и разводов, затяжных конфликтов, грубого и унижающего отношения со стороны значимого человека. Существенную роль в возникновении психогенных расстройств со стороны желудочно-кишечного тракта играют также тоска, страх и даже просто душевный дискомфорт или просто «скука».

У больных гастроэнтерологического психосоматического профиля (язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, колиты, запоры, дискинезии кишечника и др.) так же часто дополнительно развиваются невротические расстройства. Заболевания этой группы проявляются астенией, чувством повышенной утомляемости, истощаемостью и различными неприятными ощущениями (боль, тошнота, рвота, запоры, понос, отрыгивание, вздутие, плохой вкус во рту и др.). Испытывая их, больные реагируют тревожными ожиданиями, депрессией, фобиями. Развивается повышенная эмоциональная чувствительность с раздражительностью и лабильная эмоционально-вегетативная реактивность.

Больные предъявляют множество дополнительных жалоб изменчивого характера со словами «давит, колет, распирает, тошнит, вздувается, переливается, жжет, болит» и т.п. Наблюдается явная фиксация личности на своем состоянии, что создает терапевтическую резистентность, препятствует восприятию больными признаков улучшения в процессе терапии, а иногда порождает **канцерофобию**.

Канцерофобия – это разновидность нозофобии с навязчивым страхом заболеть злокачественной опухолью. **Относится к ипохондрическим расстройствам (F45.2)**. Так же, как и другие нозофобии, *может трансформироваться в сверхценные ипохондрические идеи* с убежденностью в наличии тяжелой неизлечимой болезни.

Аналогично невротическим ипохондрическим расстройствам кардиологического профиля невротические ипохондрические реакции у гастроэнтерологических больных (F45.2) следует отграничивать от **«соматизированного расстройства с желудочно-кишечными симптомами»** (F45.0), при котором речь идет об «органных неврозах» («невроз желудка», «невроз кишечника» и т.п.). Они развиваются в результате соматизации переживаний. Чаще всего это результат длительных депрессивных состояний, связанных с удручающими событиями в жизни, страха перед одиночеством.

Приведенные обозначения «невроз желудка», «невроз кишечника», как и «невроз сердца», взяты в кавычки, так как слово невроз относится к человеку в целом. В данном случае соматические проявления неврозов преобладают в клинической картине над проявлениями психическими. При этом и в самосознании личности больного фиксируются в первую очередь симптомы соматические.

К так называемым «системным неврозам» относится также «вегетативный невроз», который наряду с признаками вегетативной неустойчивости и вегетативного возбуждения может проявляться симптомами дисфункции со стороны внутренних органов. *Если висцеральные функциональные расстройства обусловлены не соматизацией переживаний, а вегетодистониями*, то имеет место сочетание выраженных вегетативных симптомов с симптомами со стороны внутренних органов. В данном случае – **«соматоформная вегетативная дисфункция с симптомами верхнего и (или) нижнего отделов желудочно-кишечного тракта»** (F45.31-F45.32).

Лечение невротических расстройств у больных гастроэнтерологического профиля включает в себя:

- *психотерапию* (разъяснительную, суггестивную в директивном стиле, когнитивно-поведенческую);
- *назначение нейролептиков* с соматокорректирующими эффектами (сульпирид, этаперазин, флупентиксол, алимемазин);
- *применение поливитаминов и фитотерапии* (укропное семя, аир, настойка ольховых почек и др.) – с прямым действием и в целях опосредованной психотерапии;
- *использование антидепрессантов* (тианептин, пирлиндол, миансерин).

3.4.3. Соматоформные расстройства органов дыхания

Дыхание считается самой человеческой висцеральной функцией из-за связи с речью, пением, выражением чувств. Не случайно слова «дыхание –

дух – душа» одного корня. *В дыхании осуществляется очень важные психологические функции:*

- участие в эмоциональных состояниях и переживаниях (учащение, замирание, углубление и т.п.);
- участие в защитно-оборонительном или в адаптивном поведении, в энергетическом его подкреплении;
- участие в процессах межличностной коммуникации («хочу дышать с тобой дыханием одним» или «спертая атмосфера взаимоотношений»);
- участие в выражении душевного состояния (когда на душе легко – дышится тоже легко; не случайно дыхание считается витальным состоянием человеческого Я).

Психогенные дыхательные расстройства, как и другие психосоматические нарушения, могут проявляться

- психосоматическими реакциями;
- конверсионными (истерическими) синдромами;
- функциональными соматоформными и соматизированными нарушениями;
- органическими психосоматозами.

Первые три группы из них – это невротический уровень патологии. Здесь могут наблюдаться такие симптомы, как *замедление дыхания, учащение дыхания, аритмическое дыхание, синдром нехватки воздуха, гипервентиляционный синдром, невротическая икота, ларингоспазм, синдром закатывания кашлем, синдром «клапана или заслонки» в груди* и т.п.

Каждый из подобного рода признаков указывает на ***нарушенное выражение эмоций***. К этому склонны личности маловыразительные, слабо экспрессивные. Особенно это характерно для лиц с *алекситимией*, т.е.с неспособностью перевести свои чувства в слова: недостает осознания и понимания своих чувств и нехватает слов для их обозначения и выражения. В конечном счете это пациенты в большинстве своем глубоко закомплексованные.

В развитии ***бронхиальной астмы*** (органического психосоматоза) значение имеют не только инфекционные и рефлекторные факторы и вещественные аллергены, но и эмоциональная сенсбилизация («аллергия» на кого-то, на какие-то обстоятельства). Бронхиальная астма рассматривается также как соматический эквивалент эмоций страха, боязни остаться без поддержки, быть брошенным. Приступ астмы психосоматологи считают эквивалентом подавляемого плача, криком протеста, «рыданием» легких.

При бронхиальной астме тоже возможны ипохондрические реакции, усугубляющие состояние больных. Развивается навязчивый страх удушья с

вторичной гипервентиляцией в форме форсированного дыхания (вне приступов астмы). Больные жалуются на нехватку воздуха, затрудненное дыхание, спазмы в горле. Могут быть панические тревожно-фобические атаки с ощущениями остановки дыхания и сердца и приближения смерти.

Ипохондрические реакции личности (F45.2) на заболевание бронхиальной астмой в наибольшей мере выражены в начальном периоде болезни: пониженное настроение, тревога, ожидания приступа, мысли о неизлечимости болезни и о безысходности существования. У некоторых больных закрадываются опасения, что их легкие раздуты, не дышат, закупорены или что у них развивается либо тяжелый туберкулез, либо рак легкого. На этом фоне нередко возникают приступы тревожно-фобического возбуждения с плаксивостью, чувством обреченности и «близкого конца».

У больных с легочной патологией нередко одновременные опасения за сердце, особенно в связи с одышкой, - с явлениями кардиофобии.

Синдром гипервентиляции, аритмия дыхания, чувство нехватки воздуха, жалобы на одышку, - все это может наблюдаться и при отсутствии физической болезни органов дыхания. В одних случаях речь может идти о ***«соматизированном расстройстве с симптомами нарушенного дыхания»*** (F45.0), развивающемся по механизмам соматизации переживаний, функциональных перегрузок и наличия locus minoris resistentia в системе дыхания – как встречного звена. *Соматизации эмоций особенно способствуют психические травмы с переживаниями горя, страха, тревоги, длительной угрозы.* Частым проявлением «невроза дыхания» является нарушение ритма дыхания. Оно становится то учащенным, то замедленным, то приостанавливается, то глубоким, то поверхностным. В целом дыхание при этом утрачивает самопроизвольность, поскольку больные пытаются его контролировать и управлять им в меру своего понимания и своих опасений.

В других случаях невротических расстройств дыхания первичной является вегетодистония, которая вследствие стрессов может привести к возникновению ***«соматоформной вегетативной дисфункции с симптомами расстройств дыхания»*** (F45.33): одышка, гипервентиляция, чувство нехватки воздуха и др.

Несмотря на то, что и при соматизированных, и при соматоформных нарушениях не подтверждается наличие физической болезни органов дыхания, больные тем не менее беспокоятся, тревожатся и у них дополнительно могут возникнуть депрессии и ипохондрические фобии.

Лечение функциональных расстройств органов дыхания включает в себя:

- *алимемазин-терален* (мягкий антипсихотик с выраженным противоаллергическим (антигистаминным) эффектом в сочетании с противотревожным и седативным действием, оказывающим положительное влияние при сенестопатиях, навязчивостях, фобиях);

- *психотерапию* (разъяснительную, суггестивную, тренинги саморегуляции, когнитивно-поведенческую);

- *антидепрессанты* с вегетостабилизирующим и противотревожным действием (миансерин-леривон, тианептин-коаксил, сертралин-золофт, флувоксамин-феварин, пароксетин-рексетин, амиксид и др.);
- *транквилизаторы* короткими курсами при тревожно-фобическом беспокойстве (диазепам, хлордиазепоксид, клобазам-фризиум, тофизопам-грандаксин, лоразепам-ативан и др.);
- *фитотерапию* (валериана, пустырник, пассифлора и т.п. – в сочетании с опосредованной суггестивной психотерапией);
- *рефлексотерапию* в сочетании с психотерапией.

3.4.4. Кожные соматоформные расстройства

У больных дерматологического профиля психосоматические расстройства также весьма разнообразны: дерматиты, экзема, псориаз, крапивница, невротическая алопеция и др. Их возникновение вследствие различного рода переживаний объясняется тесной связью кожи с головным мозгом, поскольку они развиваются из одного зародышевого листка. В наибольшей мере к психогенным болезням кожи предрасполагают такие психические травмы, как неожиданная смерть близкого человека или гибель в результате несчастного случая, крупные неудачи в жизни семейного или производственного характера, тяжелые шоковые потрясения при острых стрессах (аварии, катастрофы, терроризм, изнасилование, ограбление с угрозой жизни, нападения крупных агрессивных животных и т.п.).

У определенной части лиц в результате подобного рода переживаний вначале развивается «невроз кожи» или, правильнее, - **«соматизированное расстройство с кожными симптомами»** (F45.0). Отмечается пятнистость или депигментация кожи, обнаруживается локальный или универсальный зуд, изменяется фактура и цвет волос, может наступить очаговое или диффузное облысение, происходят также трофические изменения в ногтевых пластинках и они становятся ломкими и хрупкими. Кожа тоже становится сухой и шелушащейся.

Частым проявлением соматизированного расстройства является *кожная гиперестезия*. При ней малейшее прикосновение к коже, волосам, ногтям, воспринимается крайне чувствительно или даже болезненно. Эти ощущения широко иррадируют, заставляя вздрагивать всем телом. У некоторых больных может наблюдаться также повышенная чувствительность к горячему с частыми ожогами от горячей воды, пара или горячих кухонных принадлежностей.

В этих и в подобных им симптомах проявляется механизм соматизации переживаний, с нанесением по коже своего рода сильных эмоциональных ударов, с возникновением зажимов в стенках сосудов кожи и нарушением ее трофики.

Иной механизм имеет место в случае возникновения **«соматоформной вегетативной дисфункции с кожными симптомами»** (F45.38). Здесь психотравмирующие переживания приводят вначале к «вегетативному неврозу» с постоянным или пароксизмальным

гипергидрозом, с ощущениями жара, жжения или зуда. Часто отмечается появление неприятного запаха, особенно – в складках тела, между пальцев ног, в подмышечных впадинах. Могут быть себорея, потертости и опрелости. Данные кожно-вегетативные симптомы, как правило, сочетаются с вазомоторными нарушениями, эмоциональной неустойчивостью и вегетативной лабильностью (бледность или гиперемия кожи, «гусиная» кожа, сердцебиения, смена озноба жаром, патологическая перспирация).

Органические кожные психосоматозы (L23-L25, L29-L30, L40, L50 по МКБ-10) – экзема, крапивница и др. – развиваются либо остро, либо вслед за предыдущими функциональными расстройствами кожи. В основе физических заболеваний кожи лежит фактор конституциональной предрасположенности. Однако их манифестация весьма часто обусловлена психогениями, в частности, когда приходится терпеть жестокое к себе обращение и не находить выхода из сложившейся ситуации, когда подавляется в себе агрессия, когда имеются сильные сексуальные фрустрации или неразрешимые межличностные конфликты. При этом подтверждено, что чем глубже страдания индивидуума, тем обширнее поражение у него кожи.

Заболевания кожи практически всегда сами по себе становятся психогенным фактором и ведут либо к расстройствам адаптации с депрессией (F43.2), либо сопровождаются глубоким **ипохондрическим расстройством** (F45.2). Дерматологическая ипохондрия, как реакция личности на свое заболевание, проявляется тревожными предположениями и опасениями более тяжелых неизлечимых поражений кожи, ее обезображивания, мыслями об утрате прежнего вида и привлекательности, боязнью, что близкие люди отвернутся от больного и т.п. Нередко данные озабоченности и фобии перерастают в сверхценную убежденность в «порче, сглазе, заражении», или даже в бред с фабулой паразитарного поражения кожи. Иногда наблюдаются приступообразные обострения ипохондрической тревоги и депрессии, достигающие степени неистовства (ипохондрический раптус).

Лечение невротических расстройств при кожной патологии включает в себя комплекс мероприятий:

- *психотерапию* (и симптоматическую с целью снижения уровня тревоги, фобий и депрессии, и патогенетическую – гипноз, а в дальнейшем – когнитивно-поведенческую);
- *антидепрессанты* с вегетостабилизирующим и психосоматически гармонизирующим действием (тианептин, миансерин, сертралин);
- *антидепрессанты* с антифобическим действием из группы серотонинэргических средств (флуоксамин, ципраamil, пароксетин);
- *алимемазин-терален* (мягкий антипсихотик с выраженным антигистаминным, антифобическим, анксиолитическим

эффектами, блокирующим также зуд и другие неприятные ощущения);

- *транквилизаторы*, способные снизить чувствительность кожи (гидроксизин, фенибут, хлордиазепоксид, медазепам).

При оказании помощи больным с поражениями кожи следует их отличать от **дерматологических артефактов (патомимий)**, которые представляют собою искусственные повреждения кожи (растирания, царапания, расковыривания, расчесывания и т.п.). Они наблюдаются в основном при тяжелых психопатиях с аутоагрессивными тенденциями.

3.4.5. Соматоформные урологические расстройства

Функциональные нарушения мочевыделительной системы, по мнению известного немецкого психотерапевта N.Peseschkian (1996), представляют собою способность организма «плакать нижней частью тела» и выводить наружу те или иные чувства и аффекты.

О зависимости урологических функций от психического состояния люди знают по собственным наблюдениям. В 20-м веке после мировых войн отмечен рост мочекаменной болезни, достигшей по своей распространенности уровня заболеваемости диабетом. Появилось такое психосоматическое выражение как «уретральное переживание», связанное с препятствиями для собственного выбора, с невозможностью быть свободным и беззаботным. Урологические расстройства обуславливаются также переживаниями страха и конфликтов, особенно когда пациент страдает алекситимией, т.е. неспособностью вербализовать свои переживания и словами излить свои чувства. Тогда его *организм находит другой способ излияния чувств* в форме таких расстройств как:

1. **Поллакиурия** – учащенное мочеиспускание с императивными позывами со стороны «неврогенного мочевого пузыря» иногда с цисталгией. Сопровождается тревожными ожиданиями и фобиями не удержать мочу на публике.

2. **Полиурия** – вариант дизурии, сочетающийся с полидипсией, что напоминает несахарное мочеизнурение. Настроение больных при этом тревожно-фобическое и депрессивное. Концентрационная способность почек не нарушена, однако больные, страдая от стрессов и испытывая жажду, доводят себя до нарушения водноэлектролитного обмена со слабостью и снижением АД.

3. **Цисталгия** – так называемый «невроз» мочевого пузыря, как и при поллакиурии. При цистоскопии не обнаруживаются признаков цистита и уретрита. Отсутствуют также бактериурия и пиурия, но выявляется необыкновенно высокая чувствительность мочевого пузыря даже к самым незначительным его наполнениям.

4. **Невротический энурез** – неосознанное упускание мочи, чаще в ночное время. *Первичный энурез*, отмечающийся с раннего детства без промежуточного периода сформированной опрятности, В.К.Ковалев (1994) относил к дизонтогениям. *Вторичный энурез* в большинстве случаев имеет психогенное происхождение и начинается через год и более после того, как появился навык удерживать мочу и днем, и ночью.

У одних больных энурез развивается остро после сильного испуга, эмоционального шока. У части детей с более сильной нервной системой он проходит через несколько месяцев. У детей более слабых и с органической церебральной недостаточностью, а также с наследственной отягощенностью энурезом расстройство, возникшее остро, может принять хроническое течение.

У части больных энурез развивается вследствие хронических психических травм (в основном – семейного характера). Вначале обычно появляются другие невротические симптомы (нарушения сна, тики, расстройство аппетита, страхи), а затем обнаруживается энурез. В первое время он отмечается 1-2 раза в месяц, затем учащается до нескольких раз в неделю или выявляется еженочно. Если выздоровление не наступает, то происходит глубокая деформация личности (подавленное настроение, замкнутость, ранимость, неадекватная возбудимость – вплоть до патохарактерологического развития).

5. **Задержка мочеиспускания** во время присутствия посторонних наблюдается у лиц тревожно-мнительных, робких и стеснительных, воспитанных в страхе и избиениях. Расстройство проявляется частыми позывами в сочетании с невозможностью полного опорожнения («мочевое заикание», «мочевая застенчивость»).

Перечисленные варианты невротических урологических расстройств в одних случаях по МКБ-10 относятся к **«соматизированным расстройствам с мочевыми симптомами» (F45.0)**, когда психоаналитически выявляются механизмы соматизации переживаний в психотравмирующих обстоятельствах: подавление и вытеснение эмоций, сковывающий страх, цепенение от испуга, зажатость от боязни, тревожное волнение. Энурез у детей при этом относится к рубрике F98.0 («энурез неорганической природы»). В других случаях урологические расстройства неорганической природы представляют собою **«соматоформные вегетативные дисфункции мочевой системы» (F45.34)**. Здесь появлению урологических функциональных расстройств предшествует «вегетоневроз» с лабильным пульсом, колебаниями АД, потливостью, резким и стойким красным дермографизмом, эмоциональной неустойчивостью, изменениями аппетита, сна и т.п. Затем выявляются вторичные мочевые симптомы, как результат психогенной вегетативной дисфункции.

Органические урологические заболевания (N00-N39 по МКБ-10) – мочекаменная болезнь, нервномышечная дисфункция мочевого пузыря и др. часто являются причиной возникновения тяжелых стрессов для больных. Развиваются различные вторичные невротические расстройства, как выражение реакции личности на свою болезнь. Здесь может возникнуть

«ипохондрическое расстройство вследствие реакции личности на урологическое заболевание» (F45.2) – так называемая «уретральная ипохондрия» (Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986), проявляющаяся тревогой, страхом и уверенностью в наличии более тяжелой формы патологии, чем есть на самом деле («рак почки», «неизлечимый уретрит», страх венерической болезни и т.п.). Больные, как правило, погружаются в болезнь и увязают во всевозможных обследованиях и лечебных мероприятиях, не воспринимают медицинские заверения в отсутствии оснований для преувеличенных опасений. У других больных вместо ипохондрии в реагировании личности могут преобладать депрессивные проявления: **«расстройство адаптации»** (F43.2) в форме кратковременной или пролонгированной депрессии.

Лечение невротических урологических расстройств предусматривает в первую очередь применение *психотерапии* (разъяснительной, суггестивной – в т.ч. с гипнозом, когнитивно-поведенческой). Возможно сочетание психотерапии с *иглоукальванием*.

Из *транквилизаторов* здесь показаны прежде всего те, которые не только не обладают миорелаксирующим и гипноидным действием, но и могут даже несколько активизировать, поднимать настроение. Этим требованиям отвечают так называемые «дневные» транквилизаторы: медазепам (рудотель), тофизопам (грандаксин), мексидол. Транквилизаторы назначаются короткими курсами (не более 2-3 месяцев) и могут сочетаться с *антидепрессантами* – предпочтительно серотонинэргическими активирующего (флуоксетин, сертралин, ципрамил) или нормотического действия (милнаципран-иксел).

Депрессия и соматические расстройства

Известно, что 21-й век объявлен Всемирной организацией здравоохранения веком депрессии. Уже сейчас от 20% до 40% населения Земли страдают депрессией. При этом женщины заболевают депрессией в 2 раза чаще, чем мужчины.

По данным А.Б.Смулевича (2003), частота депрессий в общей медицинской практике составляет 22-33% и превосходит такое распространенное заболевание, как артериальная гипертензия. Важно учитывать, что большинство депрессий относится к скрытым и глубоким зонам этого «айсберга». Они представлены стертыми формами, в клинической картине которых *доминируют невротические, соматизированные и вегетативные расстройства*. Это не значит однако, что данные депрессии «безобидны». Они влекут за собою комплекс неблагоприятных клинических, психологических и социальных последствий – вплоть до высокого риска суицида. Поэтому необходимо следовать правилу: какой бы легкой не казалась депрессия, всегда следует помнить, что она опасна.

Характерные признаки депрессии:

- Подавленное настроение, тихий монотонный голос, ангедония (утрата способности радоваться, наслаждаться), суетливость, беспокойство;
- Жалобы на нарушение сна, снижение аппетита и влечений, повышенную утомляемость, снижение оперативной памяти внимания;
- Суточные колебания настроения;
- Особенности соматических жалоб больного: их необычность и несоответствие данным объективного обследования, отсутствие динамики при провокациях соматической патологии.

Депрессия является расстройством психики в диапазоне от легких и даже скрытых проявлений до тяжелых и очень тяжелых состояний, именуемых меланхолией.

Депрессия может быть симптомом или синдромом в рамках очень многих как психических, так и физических (соматических) заболеваний. Но депрессия может быть и самостоятельной болезнью, например, маниакально-депрессивный психоз или инволюционная депрессия.

Несмотря на кажущуюся легкость распознавания депрессии, реально ее обнаружить бывает очень трудно. Это связано с тем, что ее проявления многоликие. Кроме собственно подавленного настроения существуют десятки эмоциональных, поведенческих и соматоформных ее эквивалентов. Кроме того, депрессивные состояния имеют разную степень захвата моторики, личности и ее смыслов.

По Кильгольцу - одному из самых авторитетных исследователей депрессий - все они могут быть разделены на 3 группы:

а) **соматически или физически обусловленные** - вследствие АГ и ИБС; инфекционных заболеваний; язвенной болезни; остеохондроза позвоночника; СД - сахарном диабете; вегетодистоний; ХОБЛ; ХСН; и мн.др. заболеваний и поражений тела и внутренних органов; в эту же группу входят депрессии цереброгенные или органические (атеросклеротические, при ОНМК, вследствие дисциркуляторных энцефалопатий, опухолей головного мозга, при болезни Паркинсона и мн. др.);

б) **психогенные депрессии** (депрессивный невроз; депрессии развития; депрессивные расстройства адаптации; депрессии вследствие нервнопсихического истощения; и, наконец, реактивная депрессия как психоз;

в) **эндогенные депрессии** (маниакально-депрессивный психоз; инволюционная депрессия; шизофреническая депрессия; депрессия при психопатиях).

Вместе с тем ясно, что такое деление условно, ибо в развитии депрессии всегда совокупно, комплексно участвуют факторы конституционально-генетические; личностно-реактивные и церебрально-нейрональные. У каждого конкретного больного следует определить

соотношение данных факторов в патогенезе депрессии и выявить фактор ведущий, определяющий природу депрессии.

Это 1-й шаг в работе с больными.

Вторым моментом является *оценка опасности суицида*, определение индекса его риска (чем больше в депрессии тревоги, страха, беспокойства, ипохондрии, идей самоуничтожения и виновности, стойкой бессонницы, - тем выше вероятность самоубийства). К этому предрасполагают также одиночество и преклонный возраст больных.

Непсихотические формы депрессий

(сохраняется самосознание и критическое отношение больных):

- *астеническая* депрессия (с преобладанием утомляемости и истощаемости);
- *апатически-анэргическая* депрессия (с вялостью и безразличием);
- *гипопатическая* депрессия (с «чувством бесчувствия»);
- *сенестопатическая* депрессия (с неприятными необычными ощущениями);
- *ипохондрическая* депрессия (с уверенностью в наличии более тяжелой физической болезни);
- *дисфорическая* депрессия (с тоскливо-раздраженным настроением);
- *дипсоманическая* депрессия (с потребностью в запое);
- *тревожная депрессия* (с тяжелыми предчувствиями);
- *фобическая и обсессивно-компульсивная* депрессия;
- *дереализационная* депрессия;
- *деперсонализационная* депрессия;
- *соматоформная* (соматизированная) депрессия.

Встречаются следующие варианты соматизированных (маскированных) депрессий:

- *алгическая форма* (в т.ч. кардиоалгия, цефалгия);
- *суставная* (артрическая, ревматоидноподобная);
- *обменная* (ожирение или похудение);
- *кожная* (дерматозы, нейродермиты);
- *гастралгическая*;
- *стоматологическая*;
- *пульмонологическая*;
- *урологическая*;
- *гинекологическая*;
- *вегетативная депрессия*;
- *сердечно-сосудистая форма*;
- *сексуальная*;
- *агриппническая*.

Соматические варианты депрессий (депрессий как таковых!) относят по МКБ-10 к рубрике F32.8 – «другие депрессивные эпизоды». Их особенностью является преобладание смеси соматических симптомов, часто – с болью. Они нуждаются в дифференциации с «органными невротами», т.е. с соматизированным расстройством (F45.0).

Говоря о непсихотических и соматизированных депрессиях, следует учесть, что от 40 до 60% их не диагностируются, потому что большинство таких больных обращаются к врачам – интернистам.

Среди пациентов общесоматических стационаров депрессии наблюдаются, по данным разных авторов, от 40 до 80% случаев.

Однако соответствующую антидепрессивную помощь получают не более 10% нуждающихся.

Вот в чем чрезвычайно острая практическая проблема, которую должны совместно решать интернисты, психотерапевты (или психиатры) и клинические фармакологи.

Особенности соматических жалоб больных с соматизированными депрессиями:

- Несоответствие жалоб больного данным объективного обследования;
- Необычность соматических жалоб больного;
- Чрезвычайная миграция, «летучесть» или стойкость, стереотипность болевых ощущений;
- Наличие болевых ощущений в органах без ноцицептивной чувствительности;
- Несоответствие локализации болей периферической иннервации или проекции «больного» органа в топографическую зону.

Наличие несоматических жалоб у больных с депрессиями:

- Нарушение сна (реже повышенная сонливость)
- Снижение (реже повышение) аппетита
- Чрезмерная тревога, беспокойство
- Снижение оперативной памяти
- Улучшение самочувствия в вечернее, реже в утреннее время

Лечение депрессивных расстройств

Как только у лечащего врача возникает впечатление о депрессии у больного, тут же появляется мысль об антидепрессантах.

Такова человеческая психология. Аналогичным образом хочется тут же применить анальгетики, когда имеется боль. Но известно, что не всегда это следует делать сразу: и анальгетики и антидепрессанты могут отвлечь внимание от других важных вопросов.

Итак, спешить нужно медленно! Вначале следует подготовить основу для успешной терапии. Алгоритм успешного лечения депрессии включает в себя:

1. *Оценку адекватности обращения пациента с депрессией за помощью:*

- к психиатру или психотерапевту;
- к другим специалистам - ?

Часто депрессия зашторивается соматовегетативными проявлениями. Поиск заболеваний внутренних органов затягивается, удручает больных, вызывает у них недовольство, усугубляет расстройство настроения.

2. *Оценку опасности суицида*

Индекс риска суицида при депрессии тем выше, чем выраженнее и полнее представлены следующие факторы:

- двигательное беспокойство;
- тревога и страхи;
- идеи самообвинения;
- ипохондрия;
- бессонница;
- одиночество и преклонный возраст.

3. *Этиологическую оценку депрессии:*

- соматического и (или) органического происхождения;
- эндогенной природы;
- психогенного происхождения.

Необходима для того, чтобы лечение было не только симптоматическим (антидепрессивным), но и комплексным - этиопатогенетическим.

4. *Структурирование терапии:*

- какая роль отводится антидепрессантам и каким именно;
- какое место отводится психотерапии и каким именно методам;
- будут ли использоваться и какие именно нефармакогенные биологические методы лечения (иглоукалывание, фототерапия, лечение цветом, физиотерапия);
- какие дополнительные психотропные препараты будут применены для коррекции и для преодоления терапевтической резистентности (ноотропы, транквилизаторы, биостимуляторы, адаптогены, иммуномодуляторы).

5. Планирование поддерживающего лечения (антидепрессанты, препараты лития, психотерапия).

Какой антидепрессант является препаратом первого выбора?

Прежде всего безопасный, т.е.

- Практически лишенный побочных эффектов
- Не взаимодействующий с соматотропными препаратами

- Не влияющий на работоспособность
- Безопасный для ослабленных и соматически отягощенных больных
- Не влияющий на массу тела, соматические и половые функции

Эффективный

- В отношении депрессии
- По возможности, в отношении тревоги, чтобы исключить необходимость сочетанного применения транквилизаторов
- Быстро, но не резко развивающий свой эффект

Удобный в назначении

- Стандартная схема
- Без необходимости подбора или титрования дозы

Этим требованиям в полной мере соответствует КОАКСИЛ

Коаксил: преимущества перед другими антидепрессантами

Сочетание антидепрессивного и противотревожного эффектов

- Исключительная переносимость
- Безопасность для больных с тяжелыми соматическими заболеваниями и пожилых пациентов
- Возможность широкого применения в амбулаторных условиях (в том числе у работающих пациентов)
- Удобство назначения (стандартная схема по 1 таблетке 3 раза в день, у пожилых – по 1 таблетке 2 раза в день)
- Возможность сочетания с другими лекарственными средствами (не взаимодействует с системой цитохрома P450)

ШКАЛА ДЕПРЕССИИ ГАМИЛЬТОНА - 21 пункт (ШДГ).

Шкала депрессии Гамильтона - один из наиболее широко используемых инструментов клинической оценки депрессивного состояния. Оригинальная версия шкалы впервые была опубликована в Англии, а затем переведена на все Европейские языки, а также на японский, корейский и другие азиатские языки.

Шкала обеспечивает простой способ оценки тяжести депрессии и отражает динамику изменений состояния пациента.

Практические рекомендации для применения шкалы

Данная шкала разработана для оценки тяжести симптомов депрессии (независимо от их небольших колебаний во времени), поэтому вопросы должны быть адресованы к состоянию в течение последних нескольких дней или предыдущей недели.

Точность измерения зависит, в первую очередь, от квалификации и опыта исследователя и аккуратности регистрации используемой информации. Не следует оказывать давление на пациента; пациенту необходимо предоставить достаточно времени для подробного ответа на вопрос, но при этом не следует позволять ему сильно отклоняться от темы вопроса. Число прямых вопросов должно быть сведено к минимуму, такие вопросы надо задавать различными способами, комбинируя варианты с утвердительными или отрицательными ответами.

Желательно получать дополнительную от родственников пациента, его друзей, медицинского персонала и т.д.; такая информация необходима, если есть сомнения в корректности ответов пациента.

Повторные измерения должны проводиться независимо друг от друга. Во время проведения повторного измерения исследователь не должен видеть результаты предыдущих измерений и должен заполнять только чистый бланк шкалы. Эти рекомендации могут показаться банальными, но они крайне важны. Исследователь по мере возможности должен избегать вопросов, связанных с изменением состояния пациента со времени последнего измерения.

Инструкции.

Для оценки следует выбрать вариант ответа, наиболее точно характеризующий состояние пациента.

Для пункта 7 (работа и другая активность) исследователь может получить информацию от родственников или медицинского персонала.

Пункт 16 (потеря в весе) требует ответа по типу "да или нет", то есть или по пункту 16А или 16Б. Более предпочтительной во время терапии является объективная оценка изменений веса (16Б), оценка изменения веса по анамнестическим сведениям (16А) используется только как инициальная, перед началом терапии.

Пункт 18 (суточные колебания) оценивается следующим образом:

при отсутствии суточных колебаний ставится оценка "0" по пункту 18А, а пункт 18Б остается пустым. При наличии суточных колебаний, по пункту 18А отмечается время суток, когда симптомы выражены в наиболее тяжелой степени, а степень или выраженность колебаний отмечается в пункте 18Б.

ШКАЛА ДЕПРЕССИИ ГАМИЛЬТОНА

Ряд Поставьте пометку на левой стороне бланка в каждом ряду.
№ Используйте маркировку позиции 0-4, колонки 1-5

1. Депрессивное настроение

(подавленность, безнадежность, беспомощность, чувство собственной малоценности)

- 0 - отсутствие
- 1 - выражение указанного чувства только при прямом вопросе
- 2 - высказывается в жалобах спонтанно
- 3 - определяется не вербальным выражением, а посредством наблюдения: мимика, поза, голос, плаксивость
- 4 - пациент выражает ТОЛЬКО ЭТИ ЧУВСТВА, как в спонтанных высказываниях, так и невербально

2. Чувство вины

- 0 - отсутствует
- 1 - самоуничижение; считает, что подвел других
- 2 - идеи собственной виновности или мучительные размышления о прошлых ошибках или грехах
- 3 - настоящее заболевание расценивается как наказание; бредовые идеи виновности
- 4 - вербальные галлюцинации обвиняющего и осуждающего содержания и/или зрительные галлюцинации угрожающего содержания

3. Суицидальные намерения

- 0 - отсутствует
- 1 - чувство, что жить не стоит
- 2 - желание смерти или какие-либо мысли о возможности собственной смерти
- 3 - суицидальные высказывания или жесты
- 4 - суицидальные попытки (любая серьезная попытка оценивается как "4")

4. Ранняя бессонница

- 0 - отсутствие затруднений при засыпании
- 1 - жалобы на эпизодические затруднения при засыпании (дольше чем 1/2 часа)
- 2 - жалобы на невозможность заснуть каждую ночь

5. Средняя бессонница

0 - отсутствует

- 1 - жалобы на беспокойный сон в течение всей ночи
- 2 - многократные пробуждения в течение ночи - любой подъем с постели оценивается как "2" (исключая физиологические потребности)

6. Поздняя бессонница

0- отсутствует

- 1 - раннее пробуждение утром с последующим засыпанием
- 2 - окончательное раннее утреннее пробуждение

7. Работоспособность и активность

0 - отсутствие трудностей

- 1 - мысли и ощущение несостоятельности, чувство усталости и слабости, связанное с деятельностью: работа или хобби
- 2 - утрата интереса к деятельности: работе или хобби - или выраженная непосредственно в жалобах или опосредовано, через апатичность и нерешительность (чувство потребности в дополнительном усилии приступить к работе или проявить активность)
- 3- уменьшение реального времени проявления активности или снижение продуктивности. В условиях стационара оценка "3" выставляется если активность пациента проявляется в течение не менее трех часов в день (работа в стационаре или хобби)
- 4 - отказ от работы вследствие настоящего заболевания; в стационаре оценка "4" выставляется, если пациент вообще не проявляет активности или не справляется даже с рутинной бытовой деятельностью без посторонней помощи

8. Заторможенность

(замедленность мышления и речи, нарушение способности концентрировать внимание, снижение моторной активности)

0 - нормальная речь и мышление

- 1 - легкая заторможенность в беседе
- 2 - заметная заторможенность в беседе
- 3 - выраженные затруднения при проведения опроса
- 4 - полный ступор

9. Ажитация (тревожное возбуждение)

0 - отсутствие

- 1 - беспокойство
- 2 - беспокойные движения руками, теребление волос и пр.
- 3 - подвижность, неусидчивость

4 - постоянное перебирание руками, обкусывание ногтей, выдергивание волос, покусывание губ

10. Психическая тревога

0 - отсутствие

1 - субъективное напряжение и раздражительность - 2- беспокойство по незначительным поводам

3 - тревога, отражающаяся в выражении лица и речи

4 - страх, выражаемый и без расспроса

11. Соматическая тревога

(физиологические проявления тревоги: **гастроинтестинальные** - сухость во рту, метеоризм, диспепсия, диарея, спазмы, отрыжка; **сердечно-сосудистые** - сердцебиение, головные боли; **дыхательные** - гипервентиляция, одышка; **учащенное мочеиспускание; повышенное потоотделение**)

0 - отсутствие

1 - слабая

2 - средняя

3 - сильная

4 - крайне сильная

12. Желудочно-кишечные соматические симптомы

0 - отсутствие

1 - утрата аппетита, но с приемом пищи без сильного принуждения; чувство тяжести в животе

2 - прием пищи только с упорным принуждением; потребность в слабительных средствах или препаратах для купирования гастроинтестинальных симптомов

13. Общие соматические симптомы

0 - отсутствие

1 - тяжесть в конечностях, спине или голове; боли в спине, голове, мышечные боли; чувство утраты энергии или упадка сил

2 - любые резко выраженные симптомы

14. Генитальные симптомы

0 - отсутствие симптомов

1 - слабо выраженные - утрата либидо

2 - сильно выраженные - менструальные нарушения

15. Ипохондрия

- 0 - отсутствие
- 1 - поглощенность собой (телесно)
- 2 - чрезмерная озабоченность здоровьем
- 3 - частые жалобы, просьбы о помощи и пр.
- 4 - ипохондрический бред

16. Потеря в весе (оценивается либо пункт А либо Б)

16А

А. по данным анамнеза:

- 0 - отсутствие потери в весе
- 1 - вероятная потеря в весе в связи с настоящим заболеванием
- 2 - явная (со слов пациента) потеря в весе
- 3 - не поддается оценке

16В

Б. если изменения в весе имеют место еженедельно и регистрируются в настоящее время

- 0 - потеря в весе менее 0,5 кг в неделю
- 1 - более 0.5 кг в неделю
- 2 - более 1 кг в неделю
- 3 - не поддается оценке

17. Критичность отношения к болезни

- 0 - осознание, что болен депрессией или каким-либо заболеванием
- 1 - осознание болезненности состояния, но отнесение этого за счет плохой пищи, климата, переутомления на работе, вирусной инфекции, потребности в отдыхе и пр.
- 2 - полное отсутствие сознания болезни

18. Суточные колебания

18А **А. Уточните, когда симптомы выражены в более тяжелой форме, утром или вечером. Если суточных колебаний нет, маркируйте 0 баллов**

- 0 - отсутствие колебаний
- 1 - ухудшение утром
- 2 - ухудшение вечером

18Б **Б. Если суточные колебания имеют место, оцените их выраженность. При отсутствии колебаний маркируйте пункт "отсутствуют"**

- 0 - отсутствуют
- 1 - слабые
- 2 - сильные

19. Деперсонализация и дереализация
(например, ощущение нереальности окружающего)

- 0 - отсутствует
- 1 - слабая
- 2 - умеренная
- 3 - сильная
- 4 - непереносимая

20. Параноидные симптомы

- 0 - отсутствуют
- 1 - подозрительность
- 2 - идеи отношения
- 3 - бред отношения и преследования

21. Обсессивные и компульсивные симптомы

- 0 - отсутствуют
- 1 - легкие
- 2 - тяжелые

Таблица регистрации баллов ШДГ

1	0 1 2 3 4	9	0 1 2 3 4	16Б	0 1 2 3 4
2	0 1 2 3 4	10	0 1 2 3 4	17	0 1 2 3 4
3	0 1 2 3 4	11	0 1 2 3 4	18А	0 1 2 3 4
4	0 1 2 3 4	12	0 1 2 3 4	18Б	0 1 2 3 4
5	0 1 2 3 4	13	0 1 2 3 4	19	0 1 2 3 4
6	0 1 2 3 4	14	0 1 2 3 4	20	0 1 2 3 4
7	0 1 2 3 4	15	0 1 2 3 4	21	0 1 2 3 4
8	0 1 2 3 4	16А	0 1 2 3 4		

Суммарный балл _____

ШКАЛА ОБЩЕГО КЛИНИЧЕСКОГО ВПЕЧАТЛЕНИЯ - ТЯЖЕСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ШОКВ-тяжесть).

Учитывая ваш клинический опыт работы с данной популяцией больных, насколько тяжело страдает психическим заболеванием пациент на момент осмотра?

- 0 = не болен
- 1 = пограничное психическое расстройство
- 2 = легко болен
- 3 = умеренно болен
- 4 = значительно болен
- 5 = тяжело болен
- 6 = крайне тяжело болен

ШКАЛА ОБЩЕГО КЛИНИЧЕСКОГО ВПЕЧАТЛЕНИЯ - УЛУЧШЕНИЕ (ШОКВ-улучшение).

Оценивается в соответствии с Вашим суждением о том, в какой степени и насколько вследствие медикаментозной терапии, наступило улучшение состояния. Следует учитывать степень изменений в сравнении с оценкой при первом осмотре.

- 0 = сильно выраженное ухудшение
- 1 = выраженное ухудшение
- 2 = небольшое ухудшение
- 3 = без изменений
- 4 = небольшое улучшение
- 5 = выраженное улучшение
- 6 = сильно выраженное улучшение

Коаксил в клинической практике

1. Основные показания для практического применения

Хотя Коаксил эффективен при всех типах депрессивных расстройств, основные показания к его применению включают:

- большой депрессивный эпизод: легкий, умеренный или тяжелый, с признаками меланхолии или без них;
- невротические и реактивные депрессии;
- депрессии с тревогой;
- депрессии с соматическими симптомами;
- депрессии в старческом возрасте;
- депрессии у больных алкоголизмом, на всех этапах алкоголизма, особенно в рамках абстинентного синдрома.

2. Дозы

С учетом очень хорошей переносимости Коаксил может назначаться в полной терапевтической дозе – 3 таблетки в сутки, уже с первого дня терапии:

- 1 таблетка утром,
- 1 таблетка днем,
- 1 таблетка вечером.

Нет необходимости корректировать дозу в случаях гепатоцеллюлярной недостаточности, с циррозом или без цирроза.

Пожилым пациентам в связи с физиологическим снижением функции почек рекомендуется назначать 2 таблетки в сутки.

3. Замена стандартного антидепрессанта на Коаксил

Сразу после отмены предыдущего антидепрессанта назначается полная терапевтическая доза Коаксила.

4. Применение в комбинации с анксиолитиками

В большинстве случаев сопутствующего назначения анксиолитиков не требуется, так как Коаксил обладает выраженным анксиолитическим эффектом, несмотря на отсутствие седативных свойств. С другой стороны, некоторые врачи предпочитают добавлять анксиолитики на первом этапе терапии Коаксилом, особенно пациентам с выраженной тревогой или ажитацией.

5. Длительность терапии

Терапия Коаксилом должна продолжаться минимум 3 месяца, желательно дольше, для обеспечения полной ремиссии и профилактики обострений и повторных депрессивных эпизодов.

6. Действия при передозировке

Отмена терапии и тщательной клиническое наблюдение. Как и при передозировках других препаратов, необходимы следующие процедуры:

- анализ крови;
- промывание желудка;
- контроль над функциями сердца, легких, метаболизма и почек;
- симптоматическая терапия по показаниям.

3.6. Синдромы, связанные с физиологическими нарушениями

В эту группу психогенных соматических расстройств входят нарушения приема пищи (анорексия, булимия, психогенное переедание, рвота), расстройства сна (бессонница, гиперсомния, нарушения режима сна – бодрствования, снохождение, ночные ужасы и кошмары), половая дисфункция.

3.6.1. Нервная анорексия

Проявляется упорным отказом от еды, упорным стремлением к снижению веса. Чаще бывает у девочек-подростков и молодых женщин, но бывает и у мальчиков. В основе расстройства лежит сочетание конституционально-биологической предрасположенности с личностной уязвимостью и семейными конфликтами, проблемными отношениями с родителями и сверстниками.

При нервной анорексии аппетит не исчезает, а имеет место изнурительная борьба больных со своим аппетитом и с вынужденно принятой пищей (из-за чувства голода). Больные принимают средства, снижающие аппетит, вызывают у себя рвоту после еды, принимают слабительные, дают себе чрезмерные физические нагрузки, чтобы «израсходовать калории».

Такое отклоняющееся (девиантное) пищевое поведение создает замкнутый порочный круг из нарушений биохимических, нейрогуморальных и психопатологических. Нередко больные доводят себя до истощения и опасной для жизни дистрофии.

Диагностические критерии:

- потеря веса более чем на 15% от нормального или ожидаемого для данного возраста и роста;
- потеря веса вызывается самими больными путём всяческих приёмов;
- больные недовольны своим якобы слишком полным видом, боятся растолстеть;
- общее эндокринное расстройство касается системы гипоталамус – гипофиз – половые железы и поэтому у женщин отмечается аменоррея, а у мужчин потеря полового влечения и потенции.

Лечение нервной анорексии часто приходится проводить в стационарных условиях из-за нарастающей кахексии и упорного отказа больных от пищи. При лечении следует учитывать первичные и вторичные соматические последствия дистрофии, авитаминоза, электролитного баланса. Питание больных должно быть высококалорийным, а при необходимости – парентеральным.

Больные с нервной анорексией обычно поверхностно настроены на взаимодействие с врачом, приходится преодолевать их сопротивление. Очень важным этапом в работе с ними является *мотивирование на лечение*, что достигается выдвиганием на первый план нарушений сна, депрессии и соматических расстройств. Постепенно больных вовлекают в тренинг психомоторики и в *поведенческий тренинг*, рассчитанный на длительную программу оперантного обусловливания (шейпинг-фейдинг). Параллельно проводится когнитивная терапия в индивидуальной, а затем в групповой формах. Обязательна также *семейная психотерапия*.

Из фармакологических средств применяются *мягкие антипсихотические препараты* (сульпирид, тиоридазин, алимемазин) и те *антидепрессанты*, которые имеют незначительные побочные эффекты (пирлиндол, мапротилин, коаксил).

3.6.2. Нервная булимия (F50.2)

Нервная булимия находится в тесной связи с анорексией. При булимии больные тоже озабочены контролем своего веса и тоже предпринимают различные меры к тому, чтобы снизить полнящее влияние съеденной пищи (вызывают рвоту, употребляют слабительные и т.п.). Однако они периодически не могут совладать с собою и чрезмерно переедают.

Расстройство данного типа развивается вследствие жизненных стрессов (особенно – семейных, сексуальных, вхождения в новый коллектив) – чаще у лиц, которые и раньше были склонны к повышенному питанию.

Нервная булимия имеет много общего с аддикциями. Во-первых, она часто сочетается (коморбидность) со злоупотреблением психоактивными веществами, а во-вторых, личностно-характерологические свойства у лиц с нервной булимией во многом схожи с таковыми у больных алкоголизмом с борьбой мотивов. И в том, и в другом случае идет борьба с самим собою, со своим пристрастием (к еде или к спиртному, или к тому и другому вместе).

Диагностические критерии:

1. Постоянная озабоченность своим весом в сочетании с непреодолимой тягой к пище и периодическими перееданиями (не менее 2-х в неделю, на протяжении не менее 3-х месяцев).
2. Наличие у больного системы мер противодействия эффекту ожирения (рвота, слабительные, диуретики, анорексигенные препараты, тиреоидные средства и др.)

3. Больные воспринимают себя как слишком толстых, имеется навязчивый страх располнеть, что обычно приводит к пониженному весу.

Лечение нервной булимии состоит в назначении антидепрессантов, обладающих антибулимическим и антиобсессивным действием (флуоксетин, сертралин, имипрамин, кломипрамин). Дополнительно могут быть назначены антиконвульсанты с целью смягчения компульсивного влечения к пище (карбамазепин, фенитоин). Психотерапия данных больных требует упорной, продолжительной работы в стиле психоанализа.

3.6.3. Переедание

Переедание, сочетающееся с другими психологическими нарушениями (F50.4), представляет собою психогенное переедание, которое является разновидностью психосоматической реакции на дистресс. «Реактивная тучность» может наблюдаться вслед за хирургическими операциями. Обычно это происходит у лиц, предрасположенных к полноте.

Коррекция психотерапевтическая.

3.6.4. Рвота психологического происхождения

Рвота, сочетающаяся с другими психологическими нарушениями (F50.5), также относится к психосоматическим реакциям. Она имеет психогенное происхождение, связанное с дистрессами. Отмечается у сильно впечатлительных и глубокочувствующих личностей – особенно в ситуациях отвратительного, неприглядного, безобразного содержания с унижением личности.

Коррекция психотерапевтическая в сочетании с приемом нейролептиков (перфеназин, оланзапин) или транквилизаторов (диазепам, лоразепам). Как и во всех остальных случаях психосоматических реакций, требуется тщательная дифференциальная диагностика психогенной рвоты с органически обусловленной рвотой, например, при нарушении мозгового кровообращения.

3.6.5. Расстройства сна неорганической природы

К расстройствам сна неорганической природы относятся:

а) *диссомнии*, т.е. первично психогенные состояния, при которых происходит обусловленное эмоциональным напряжением нарушение количества, качества или продолжительности сна (*инсомния, гиперсомния и расстройства цикла сон – бодрствование*);

б) *парасомнии* – возникающие во время сна аномальные эпизодические состояния (*снохождения, ночные ужасы и кошмары*).

Диссомнии и парасомнии психогенного происхождения следует отграничивать от разнообразных нарушений сна и цикла сон-бодрствование, связанных с органическими нарушениями (синдром Кляйн-Левина, катаплексия, нарколепсия, ночные припадки, эпилептические амбулаторные автоматизмы и др.).

Бессонница неорганической природы (F51.0) развивается в периоды напряженных переживаний, сильных стрессовых воздействий. Она связана с возникающими при этом тревогой, беспокойством, пониженным настроением, озабоченностью и перегруженностью мыслями. Напряженность и множественность мыслей не дают заснуть, либо пробуждают вскоре после засыпания. Сон не приносит чувства отдыха, по утрам больные испытывают чувство физической и психической усталости, а днем проявляют угрюмость и раздражительность.

Бессонница является частым симптомом многих других психических заболеваний. Она нередко сопутствует также соматическим болезням, особенно когда имеет место болевой синдром. Все это необходимо учитывать при дифференциальной диагностике.

Лечение бессонницы неорганического происхождения целесообразнее начинать лечить *психотерапевтическими методами* (гипноз, ауторелаксация, коррекция режима дня). Медикаментозная терапия является дополнительным методом: *транквилизаторы-гипнотики* (нитразепам, зопиклон, золпидем, гидроксизин и др.), *нейролептики* (тиоридазин, тиапридал, малые дозы клозапина, левомепромазина, хлорпротиксена). Все препараты снотворного действия должны назначаться короткими курсами не более 2-3 недель.

Сонливость (гиперсомния) неорганической природы (F51.1) встречается значительно реже, чем бессонница. Отмечается повышенная сонливость в дневное время или приступы сна независимо от продолжительности ночного сна. Данное состояние развивается вслед за каким-либо стрессовым переживанием на фоне глубокой усталости. Больные рано ложатся спать и очень трудно встают утром, не испытывая бодрости. Часто залеживаются в постели, а днем используют любую возможность, чтобы прилечь поспать. Со стороны настроения часто обнаруживается гипотимия.

Лечение гиперсомнии заключается в назначении *средств общетонизирующего действия* растительного происхождения (женьшень, левзея, фитовит), *ноотропов* (пирацетам, пиритинол, пикамилон), *препаратов метаболического действия* (церебролизин, гинкгобилоба), *антидепрессантов* (тианептин, моклобемид), *активирующей психотерапии*.

Расстройство режима сна-бодрствования неорганической природы (F51.2) также может быть связано со стрессами и переживаниями, которые приводят к неисправности циркадного осциллятора (биологических часов). В результате нарушается адекватное восприятие сигналов времени и расстраивается механизм регуляции состояний сон-бодрствование. Происходит это обычно у лиц, чувствительных к сдвигам суточного времени, особенно если работа связана с повышенной ответственностью и

напряжением (авиадиспетчер, оператор и т.п.), а также у лиц, совершающих путешествия в поясах времени. При этом индивидуальный режим сна – бодрствования не соответствует желаемому графику и требованиям той ситуации, в которой функционирует большинство людей. Больные страдают от бессонницы в течение основного периода, предназначенного для сна, и от гиперсомнии – в период, предназначенный для деятельности. Все это создает дополнительное напряжение, неудовлетворение своим состоянием, тревогу, пониженное настроение и мешает социальному и профессиональному функционированию.

Оказание помощи лицам с дезорганизованным суточным ритмом производится в соответствии с *программой хронотерапии*: психотерапевт помогает больным разработать индивидуальный режим искусственных суток в 27-28 часов с постепенным сдвигом времени сна и бодрствования в желаемый циркадный ритм.

Снохождение (F51.3) - сомнамбулизм – проявляется в эпизодах ничем не спровоцированного подъема во время сна и хождения. Встречается в основном у детей вследствие переутомления и стрессов. Во время эпизода снохождения у больных отсутствуют выражение лица. Они слабо реагируют на попытки окружающих вступить с ними в контакт и положить обратно в постель. Чтобы разбудить больного в это время, требуются значительно большие усилия чем если бы это был просто сон. При пробуждении (после эпизода или на следующее утро) отсутствуют воспоминания об эпизоде снохождения.

Расстройства в форме сомнамбулизма могут быть обусловлены как невротическими механизмами, так и эпилептическими или другими органическими изменениями головного мозга. Поэтому необходимы церебральное обследование больных и консультация невролога. Снохождение следует также дифференцировать с диссоциативной фугой (F44.1).

Лечение невротического снохождения психотерапевтического (суггестивные методы). Необходима также семейная психотерапия, забота и эмоциональное тепло родителей. Дополнительно могут быть использованы седативные антидепрессанты и в небольших дозах транквилизаторы.

Ночные ужасы (F51.4) характеризуются состояниями сильной тревоги и паники во время сна, ведущими к пробуждению со страшным криком. Эпизоды возникают по тем же механизмам, что и снохождение – как пароксизм. Больные в это время отрешены от окружающего, тревожны, подвижны, дезориентированы и не реагируют на попытки окружающих помочь им. В последующем они либо вовсе не помнят о том, что испытали, либо их воспоминания очень фрагментарны.

Ужасы во время сна следует отличать *от кошмаров* (F51.5), которые представляют собою обычные «дурные сны», сновидения со страхом и с тревогой. Сны являются крайне живыми и содержат темы, включающие угрозу жизни, достоинству личности, ее безопасности. Проснувшись от такого сна, больные детально их воспроизводят, ведут себя адекватно, доступны к контакту и быстро возвращаются в обычное состояние.

Лечение ужасов и кошмаров во время сна не требует специальной психотерапии. Необходима нормализация режима сна-бодрствования. Показаны короткими курсами седативные антидепрессанты, а также транквилизаторы и карбамазепин.

3.6.6. Половая дисфункция (F52)

Половая дисфункция представляет собою неспособность индивидуума полноценно участвовать в половой жизни. Диапазон отклонений при этом включает в себя множество проявлений: отсутствие интереса, отсутствие удовлетворения, отсутствие физических реакций (например, эрекции), отсутствие оргазма или невозможность его контролировать.

Как и другие расстройства, связанные с физиологическими нарушениями (класс F5), сексуальные дисфункции неорганической природы зависят от психологических факторов. Это может быть неправильное сексуальное воспитание, неверная информация о сексуальном функционировании или вообще ее отсутствие, неудачный (негативный) ранний сексуальный опыт (особенно в случае изнасилования). Патогенное значение имеют также различные стрессы, состояния тревоги, депрессии. Проблема может быть связана также с особенностями характера (чрезмерная застенчивость, робость).

Функциональные дисфункции следует отграничивать от органических (например, вследствие сосудистых заболеваний, диабета, воспалительного процесса, эндокринопатий и т.д.).

Отсутствие или потеря полового влечения (F52.0) – сексуальная ангедония, половая холодность разной глубины (от отсутствия интереса до сексуального отвращения с тревогой и страхом перед близостью).

Отсутствие генитальной реакции (F52.2) у мужчин проявляется недостаточной эрекцией или полным ее отсутствием, а у женщин – сухостью влагалища, отсутствием его увлажнения (*любрикации*).

Оргазмическая дисфункция (F52.3) характеризуется слабостью оргазма, его «побледнением», задержкой или невозможностью его достижения. Чаще наблюдается у женщин, но встречается также у мужчин.

Преждевременная эякуляция (F52.4) представляет собою раннее семяизвержение, за счет чего быстро наступает расслабление и невозможно удовлетворение у обоих партнеров. Противоположное расстройство – задержанная или поздняя эякуляция, приводящая к оргазмической дисфункции (F52.3).

Вагинизм неорганической природы (F52.5) проявляется спазмом мышц, окружающих влагалище, из-за чего становится невозможным введение полового члена или оно сильно болезненно. В основе лежит страх перед половой близостью или отвращение к партнеру.

Диспарейния неорганической природы (F52.6) проявляется болями, возникающими при половом акте или сразу после него. Чаще отмечается у женщин, перенесших операцию на половых органах.

Повышенное половое влечение (F52.7) – сатириаз у мужчин и нимфомания у женщин. Психогенное повышение полового влечения отмечается обычно в юношеском и молодом возрасте, а органически обусловленное – в пожилом (опухоли головного мозга, атеросклероз сосудов головного мозга, дементирующие процессы).

Лечение сексуальных расстройств неорганической природы должно проводиться сексопатологом после тщательного неврологического, урологического, гинекологического, эндокринологического обследования и изучения сексуальной конституции и сексуальных формул мужчины и женщины. Основу лечения составляет когнитивно-поведенческая психотерапия, психологический сексуальный тренинг. Дополнительно могут применяться ноотропы, антидепрессанты, растительные адаптогены, рефлексотерапия.

Глава 4. Спектры фармакологических эффектов психотропных средств

Психотропные средства

В середине 20-го века человечество вступило в период своего развития, получивший ряд эпохальных оценок: век атома, век генетики, век электроники и мн. т.п. Большинству людей в меньшей мере известно, что наступила также эра психофармакотерапии и что применение психотропных средств давно перешагнуло границы психиатрии и охватывает территории не только других медицинских наук, но и территории здоровья - с целью повышения выносливости, работоспособности и защиты от стрессов и других факторов, патогенных по отношению к головному мозгу.

Близкими друг другу являются понятия «психоактивные» и «психотропные» вещества. И те, и другие реализуют свои эффекты через механизмы центральной нервной системы, изменяют высшую нервную деятельность, влияют на настроение, мышление, память, поведение и т.д. Однако психоактивные вещества (ПАВ) действуют быстро, как только поступают в организм, ощутимо создают перепад в сторону удовольствия, мгновенно изменяя самочувствие в приятном направлении, вызывая эйфорию, веселье, блаженство, успокоение или подъём. В этом их притягательная сила и коварство (алкоголя, героина и других наркотиков, кофеина, никотина и т.п.). Все они в конечном счёте формируют зависимость личности и организма в виде потребности в данном веществе.

В отличие от ПАВ, психотропные препараты – это лекарственные средства. Они действуют постепенно, но самая главная их особенность в том, что они предназначены для исправления и восстановления нарушенных механизмов, а также для защиты центральной нервной системы. Спектр их фармакологической активности поливалентный, весьма сложный и бывает весьма трудно отнести какой-либо препарат к конкретной группе средств.

Несмотря на то, что психотропные вещества являются лекарствами, их применение связано с рядом проблем:

1. Необходимо соблюдать этические и юридические нормы назначения и применения этих средств, главная из которых – получение от больных информативного согласия на этот счёт или, при неотложной необходимости, - комиссионное заключение не позже одних-двух суток от принятого врачом решения и назначения.

2. Соблюдение основного принципа их назначения – соответствия клинической реальности, клиническим показаниям, клинической обоснованности.

3. Следует принимать во внимание не только те или иные противопоказания и несовместимости с другими средствами, но также иметь в виду, что некоторые из психотропных средств могут вызывать зависимость при более длительных курсах лечения ими, чем это рекомендуется в инструкциях.

4. В процессе лечения могут возникнуть не только те или иные побочные изменения или даже осложнения, но возможны также адаптация организма к терапии и терапевтическая резистентность (истинная или ложная).

Множество существующих в настоящее время психотропных средств условно можно разделить на следующие классы:

- *психолептические препараты*, действующие успокаивающе, расслабляющее, затормаживающее (малые и большие транквилизаторы, антипсихотики, седативные и снотворные вещества);

- *психоаналептические средства*, возбуждающие, активирующие, стимулирующие, энергизирующие, поднимающие настроение (тимоаналептики или антидепрессанты, психостимуляторы, адаптогены, актопротекторы, ноотропы, нейротрофины, церебропротекторы);

- *нормотимики*, сглаживающие перепады и колебания настроения (тиморегуляторы, тимоизолептики, стабилизаторы настроения);

- *психодизлептики* (психотомиметики, способные вызвать психоз и поэтому не имеющие применения в лечебной практике);

- *противоэпилептические средства* (антиконвульсанты, противопароксизмальные препараты).

Транквилизаторы

Слово транквилизация значит успокоение, расслабление. Это основной эффект – либо с преимущественным седативным действием, либо с преимущественным гипноидным (снотворным) действием. Кроме того существует действие противотревожное и анксиолитическое (от немец. слова Angst, что значит страх). Отсюда также эффекты антифобические.

Первые транквилизаторы – алкоголь и опиаты - использовались в медицинских целях в др. Греции и др. Египте. В 19 веке синтезировали соли барбитуровой кислоты (профессор Байер в 1863 г. синтезировал барбитуровую кислоту и назвал новое вещество именем своей подруги Барби: отсюда - барбитал, фенобарбитал). Барбитал стали называть также вероналом – по названию города Верона в сев. Италии, в котором разыгралась трагедия Ромео и Джульетты...Монах дал Джульетте выпить сонный напиток «барбитал-веронал». С начала 20 века применяется резерпин. В 1952 г. – произведён аминазин. Это так называемые большие транквилизаторы. Но ещё с 30-х годов 20 века шёл поиск собственно транквилизаторов. Первый их представитель – мепробамат получен в 50-е годы. В 60-е годы появился 1-й бензодиазепин – либриум (элениум). В настоящее время известно более 100 субстанций только одних бензодиазепинов.

Транквилизаторы (лат. tranquilo-are – делать спокойным, безмятежным) уменьшают возбудимость в лимбической системе, таламусе и гипоталамусе. А препараты со снотворным эффектом угнетают также ретикулярную формацию. Химически все они взаимодействуют с ГАМК-эргическими

нейромедиаторными системами, а также с бензодиазепиновыми рецепторами, находящимися на мембранах нейронов.

В отличие от антипсихотиков транквилизаторы слабо взаимодействуют с норадренэргической, дофаминэргической и серотонинэргической системами.

Кроме основного транквилизирующего действия препараты данного класса обладают также широким спектром других фармакологических эффектов:

- антифобического;
- анксиолитического;
- атарактического (равнодушие);
- активирующего, энергизирующего, антиастенического;
- ноотропного (улучшение мышления, памяти);
- противосудорожного (антипароксизмального);
- вегетостабилизирующего;
- миорелаксирующего;
- соматотропного (психосоматическая регуляция).

Распределение транквилизаторов по преобладающим фармакологическим эффектам выглядит следующим образом:

1. Транквилизаторы с наиболее выраженным (общим, широким) транквилизирующе-анксиолитическим действием: феназепам, диазепам, бромазепам, лоразепам, алпразолам, клоразепат, гидроксизин, хлордиазепоксид, оксазепам, мепробамат, оксипрометазин.

2. Так называемые дневные транквилизаторы, не обладающие гипноидным действием: гидазепам, мебикар, медазепам (рудотель), фенибут, мексидол, тофизолам (грандаксин) - они могут даже несколько активизировать, поднимать настроение.

3. Транквилизаторы с выраженным гипноидно-снотворным эффектом: феназепам, нитразепам, сигнопам - темазепам, флунитразепам, рогипноль, триазолам, золпидем (ивадал), зопиклон (имован).

4. Транквилизаторы с вегетостабилизирующим и психосоматически корригирующим (гармонизирующим) действием: клобазам (фризиум), хлордиазепоксид (элениум); тофизолам (грандаксин); лоразепам (ативан); гидроксизин; мексидол; оксазепам (нозепам); бромазепам, алпразолам (ксанакс).

5. Транквилизаторы с антифобическим действием: феназепам, хлордиазепоксид, алпразолам, бромазепам, клоразепат.

6. Транквилизаторы с выраженным антидепрессивным действием: алпразолам, диазепам, оксипрометазин, грандаксин.

7. Транквилизаторы с противосудорожным действием: клоназепам (ривотрил); феназепам; нитразепам; диазепам; клоразепат (транксен).

8. Транквилизаторы с ноотропным эффектом: фенибут, мексидол.

9. Увеличивают порог болевой чувствительности: атаракс, седуксен, элениум, гидроксизин, рудотель, имован.

Транквилизаторы и снотворные (уровни доз в мг)

Препарат	Дозы		
	малые	средние	высокие
Алпразолам (ксанакс, кассадан)	0,5-4	4-6	6-10
Бромазепам (лексилиум, лексотан)	3-12	12-18	18-36
Гидазепам	20-50	50-100	100-150
Гидроксизин (атаракс)	25-50	50-100	100-300
Диазепам (седуксен, реланиум, сибазон)	5-20	20-40	40-60
Золпидем (ивадал, санвал)	5-10	10-15	15-20
Зопиклон (имован)	3,75	7,5	15
Клоназепам (антелепсин, ривотрил)	0,5-2	4-8	8-16
Клоразепат (транксен)	15-30	30-40	40-60
Лоразепам (мерлит)	1-4	4-6	6-10
Медазепам (мезапам, рудотель)	10-20	20-40	40-60
Мидазолам (дормикум)	7,5	15	30
Нитразепам (радедорм, эуноктин)	2,5-5	5-10	10-15
Оксазепам (нозепам, тазепам)	10-20	30-60	60-90
Темазепам (сигнопам)	7,5	15	30
Тофизопам (грандаксин)	50-150	150-200	200-300
Триазолам (хальцион)	0,125-0,25	0,25-0,5	0,5-1
Феназепам	0,5-1,0	1,0-3,0	3,0-6,0
Флунитразепам (рогипнол)	0,5	1,0	1,5-2,0
Хлордиазепоксид (элениум)	20-40	40-60	60-100

4.2 Антидепрессанты

Начало разработке этих средств было положено, когда заметили, что некоторые противотуберкулёзные препараты оказывают эйфоризирующее действие. Первый представитель данной группы получил название ипрониазид (ингибитор МАО, полученный в 1957 г.).

Одновременно была установлена антидепрессивная активность имипрамина (мелипрамина) – основного представителя 3-циклических антидепрессантов.

Позже появились серотонинэргические антидепрессанты.

В настоящее время существуют следующие группы антидепрессивных средств:

I. *Ингибиторы МАО:* ниаламид (нуредаль), пиразидол (пирлиндол), тетриндол, инказан (метралиндол), бефол, моклобемид (аурорикс).

II. *Трициклические антидепрессанты:* имипрамин (мелипрамин), дезипрамин (петилил), кломипрамин (анафранил), пипофезин (азафен), тианептин (коаксил).

III. *Четырёхциклические антидепрессанты:* мапротилин (людиомил), миансерин (леривон).

IV. *Серотонинэргические антидепрессанты* (избирательно ингибируют захват серотонина, повышая его концентрацию в ЦНС): тразодон (триттико), флуоксетин (прозак), флувоксамин (феварин), сертралин (золофт), пароксетин (паксил).

V. *Антидепрессанты группы НАССА* (норадренэргические селективные серотонинэргические антидепрессанты). Это препараты двойного действия, т.е. они действуют на обе трансмиссерные системы. Отчасти это имеется и у 3-циклических (ТЦА) и ИМАО. Однако, у этих средств данное действие выражено негармонично. Отсюда у них больше односторонности и больше побочных эффектов. А группа НАССА практически не имеет таковых, не приводит к сексуальным нарушениям, при длительной терапии даёт более устойчивый антидепрессивный эффект. Основные представители НАССА – это миртазапин (ремерон) и иксел (милнаципран).

Общее свойство всех антидепрессантов – их тимолептическое действие, т.е. улучшение настроения и общего психического состояния. Наряду с этим есть антидепрессанты с преимущественным седативным действием, есть с преимущественным стимулирующим эффектом, и есть средства сбалансированного действия.

В зависимости от спектра основных и дополнительных фармакологических эффектов антидепрессанты можно разделить следующим образом:

- **с преимущественно седативным действием:** тримипрамин (герфонал), доксепин (синекван), амитриптилин (эливен), тразодон (триттико), миансерин (леривон), флувоксамин (феварин), пипофезин (азафен);

- **с преимущественно стимулирующим действием:** флуоксетин (прозак), моклобемид (аурорикс), имипрамин (мелипрамин), дезипрамин (петилил), ниаламид (ниаламид), циталопрам (ципрамил);

- **антидепрессанты сбалансированного действия:** мапротилин (людиомил), тианептин (коаксил), пирлиндол (пиразидол), сертралин (золофт), пароксетин (паксил), кломипрамин (анафранил);

Распределение антидепрессантов по дополнительным спектрам действия

- **Антидепрессанты с выраженным противотревожным, антипаническим и анксиолитическим действием:** герфонал (сапилент), мirtазапин (ремерон), флувоксамин (**феварин**), миансерин (леривон), тианептин (коаксил), милнаципран (иксел), мапротилин (людиомил), пароксетин (паксил), тразодон (триттико), амиксид;

- **Антидепрессанты с действием в отношении obsессий и компульсий, т.е. с противонавязчивым эффектом:** кломипрамин (анафранил), циталопрам (ципрамил), пароксетин (паксил), сертралин (золофт), флуоксетин (прозак), моклобемид (аурорикс);

- **Вегетостабилизирующим действием обладают** доксепин (синекван), тримипрамин (герфонал, сапилент), миансерин (леривон), тианептин (коаксил), флувоксамин (феварин);

- **К психосоматическим регуляторам (гармонизаторам) относятся** траусабун (мелитрацен), сертралин (золофт), флувоксамин (феварин), тразодон (триттико), мапротилин (людиомил), тианептин (коаксил), пипофезин (азафен), доксепин (синекван), опипрамол (инсидон);

- **Антиалгическим действием наделены** доксепин (синекван), кломипрамин (гидифен), амитриптилин (эливен), ниаламид (нуредаль), тримипрамин (герфонал), траусабун (мелитрацен);

- **Эффекты антиастенические и энергизирующие наблюдаются при применении** ниаламида (нуредаль), гептрала, метапрамина (тимакселя), дезипрамина (петилила), деприма, инказана, моклобемида (аурорикса), бефола;

- **Гипноидным действием обладают** тразодон (триттико), миансерин (леривон), тримипрамин (сапилент);

- **Регулируют сферу инстинктов и влечений** (сексуальных, пищевых, к алкоголю; зависимостей, kleптоманий, булимии и т.п.) сертралин (золофт), флуоксетин (прозак), флувоксамин (феварин), тразодон (триттико), тианептин (коаксил), пароксетин (паксил);

- **Адаптогенное действие отмечается у таких антидепрессантов, как** гептрал, тразодон (триттико), тетриндол, пиразидол.

Антидепрессанты нашли применение не только в психиатрической практике, но также в неврологической, наркологической, при лечении соматических заболеваний: хронические болевые синдромы, ИБС, дискинезии органов брюшной полости, другие психосоматические заболевания. Необходимо только учитывать возможные их побочные эффекты.

Побочные эффекты и осложнения свойственны в большей мере прежним ТЦА, а новые препараты отличаются лучшей переносимостью и большей безопасностью.

Со стороны ЦНС и вегетативной нервной системы могут быть головокружения, дизартрия, тремор, бессонница или сонливость, эпилептики, нарушения сознания, делирий, могут быть также нарушения аппетита или прибавка массы тела, повышение внутриглазного давления и нарушения аккомодации.

При употреблении ингибиторов МАО, если нарушается диета, может быть так называемый *сырный эффект*, т.е. тирозиновый: гипертензия, гипертермия, судороги и даже летальный исход (гепатит, острая жёлтая атрофия печени, поражение зрительного нерва вплоть до его атрофии).

Со стороны внутренних органов: гипо- и атония кишечника, запоры; задержка мочеиспускания; сухость слизистых оболочек, тошнота, рвота, диарея.

Со стороны сердечно-сосудистой системы: гипо- или гипертензия, аритмии, синусовая тахикардия, нарушения атриовентрикулярной проводимости.

Со стороны психики: инверсия аффекта (гипо- или маниакальный синдром), тревога, страх, агитация, усиление суицидных тенденций, делирий.

Лечение осложнений состоит в отмене препаратов, и в проведении дезинтоксикации, витаминотерапии; при психических осложнениях – назначают реланиум (при делирии, агитации), при инверсии аффекта – нормотимики (карбамазепин, литий).

Таблица 6
Антидепрессанты (уровни доз в мг)

Генерическое название	Минимальные дозы	Средние дозы	Максимальные дозы
Трициклические антидепрессанты			
Пипофезин	25-100	125-200	225-400
Амитриптилин	25-100 в/м+в/в 25-50	125-200 в/м+в/в 75-100	225-400 в/м+в/в 125-150
Доксепин	25-50 в/м+в/в 25-50	50-75 в/м+в/в 50-75	75-100 в/м+в/в 75-100
Имипрамин	25-75 в/м+в/в 25-50	100-250 в/м+в/в 75-100	250-400 в/м+в/в 125-150
Кломипрамин	25-75 в/м+в/в 25-50	100-225 в/м+в/в 75-100	250-300 в/м+в/в 100-150
Тианептин	12,5-25	37,5	50
Тримипрамин	25-125 в/м+в/в 25-50	150-250 в/м+в/в 75-125	275-400 в/м+в/в 150-200
Тетрациклические антидепрессанты			

Мапротилин	25-75 в/м+в/в 25	100-175 в/м+в/в 50-75	200-250 в/м+в/в 100
Миансерин	15-30	30-90	120
Антидепрессанты другой химической структуры			
Тразодон	75-150	225-450	525-600
Селективные ингибиторы реаптейка серотонина			
Пароксетин	10	20	40-80
Сертралин	50	50-100	150-200
Флувоксамин	50	100-200	250-400
Флуоксетин	20	20~	40-80
Циталопрам	20	40	40-60
Необратимые ингибиторы МАО			
Ниаламид	50-75 в/в+в/м	100-400 в/в+в/м	450-800 в/в+в/м 500-1000
Обратимые ингибиторы МАО			
Моклобемид	150	150-300	300-600
Пирлиндол	25-75 в/м+в/в 25-50	100-225 в/м+в/в 75-100	250-500 в/м+в/в 125-200

4.3 Ноотропы

Существует группа психотропных средств, которые не оказывают явного стимулирующего, седативного или антидепрессивного действия. Они влияют на метаболизм и энергетические процессы в нервной клетке, облегчают передачу возбуждения, улучшают кровообращение в головном мозге, микроциркуляцию.

В целом – это нейрометаболические средства. Тем самым они интегрируют мышление, улучшают познание и обучение, улучшают память (запоминание и воспроизведение), повышают умственную продуктивность. Поэтому создатель пирацетама (фр.Джиурджиа) дал им название ноотропы (ноос – греч. разум). Одновременно эти вещества являются церебропротекторами: повышают устойчивость головного мозга ко всевозможным вредным факторам, перегрузкам и дистрессам, также повышают устойчивость к гипоксии и интоксикациям, восстанавливают функции поврежденного мозга.

К собственно ноотропам относятся пирацетам (ноотропил) и его аналоги (апирацетам, луцетам, оксипирацетам, этипирацетам, дупрацетам) – все они производные пирролидона.

Вещества с ноотропным действием – это:

- производные пиридоксина: энцефабол – пиридитол – пиритинол, а также мексидол;
- производные ГАМК: аминалон, фенибут, пантогам, пикамилон;
- нейропептиды: тиролиберин, церебролизин, мелатонин, холецистокинин, вазопрессин;
- аминокислоты: церебролизин, глицин, биотредин, глиатилин, гопантенная кислота (пантогам), глутаминовая кислота;
- вазоактивные препараты: винпоцетин, нимодипин, ксантинол никотинат, пентоксифиллин, вазобрал (сермион), танатан (гинкго билоба);
- акто- и церебропротекторы: семакс, акти-5 (ацефен), бемитил, димефосфон, мексидол.

Ноотропное действие – это влияние на интегративные психические функции, такие как мышление, память, умственная деятельность, обучение, устойчивость против нагрузок, стрессов, резистентность головного мозга к экстремальным воздействиям. Данные эффекты отмечаются при применении любых представителей класса ноотропов. Тем не менее, их можно разделить, как и другие психотропные препараты, в зависимости от преобладающего фармакологического действия:

- **собственно ноотропное** (когнитивнотропное) действие в наибольшей мере присуще ноотропилу, а также энцефаболу и танакану;
- **мнемотропные эффекты** более всего свойственны аминалону (гаммалону), пикамилону, димефосфону, танакану;
- **адаптогенное действие** более всего выражено у бемитила, церутила (акти-5), мексидола;
- **церебропротекторными эффектами** обладают в наибольшей мере церебролизин, ноотропил, семакс, димефосфон, танакан;
- **активирующее, антиастеническое и энергизирующее действие** наблюдается при назначении ноотропила, фенотропила, танакана, энцефабола, глиатилина, церутила;
- **вазоактивными и вазопротекторными свойствами** наделены кавинтон (винпоцетин), пикамилон, димефосфон, танакан, глиатилин;
- **вегетостабилизирующим, антистрессовым и антиоксидантным** эффектом обладают мексидол, биотредин, фенотропил, глицин, танакан;
- **метаболическое действие** (нейротрофическое) на обменные процессы в ЦНС более всего выражено у церебролизина, глиатилина, пантогама, димефосфона, пиридитола (энцефабола);
- **противопароксизмальным действием** обладают фенибут, мексидол, пантогам;
- **антиалгические эффекты** присущи пантогаму и гопантенной кислоте;

- **антипаркинсонически** действуют ноотропил, пиридитол (энцефабол);
- **мягкий антидепрессивный эффект** оказывают глиатилин, глицин, димефосфон, ноотропил.

Ноотропы редко дают какие-либо побочные эффекты и осложнения. Иногда в процессе лечения ими могут появиться нервозность, тенденция к психомоторному беспокойству, расторможенность влечений. Наблюдаются также бессонница, тревога, головокружение, головная боль, тремор, диспептические явления. При появлении перечисленных эффектов рекомендуется заменить одни ноотропные средства на препараты другой химической природы.

4.4 Антипсихотики

Термин нейролептики появился через 15 лет от начала психофармакологической эры, в 50-е годы 20-го столетия, когда была предпринята первая классификация психотропных средств. До этого данные препараты назывались «нейролитиками». В большинстве своём они являются антагонистами дофаминовых рецепторов, за счёт чего реализуется их антипсихотический эффект (при безумии, бреде, галлюцинациях, спутанности сознания, мании, возбуждении и т.п.).

Однако, у первых представителей нейролептиков адренолитическое действие было глобальным. И к тому же группа дофаминовых рецепторов неоднородна и не все они участвуют в развитии психоза, а участвуют не только они, но также и серотониновые рецепторы.

В последующем были разработаны препараты, избирательно блокирующие дофаминовые D-2 и D-3 рецепторы, а также S-2 серотониновые. У традиционных (типичных) нейролептиков антипсихотический эффект связан со способностью глобально или избирательно блокировать преимущественно дофаминовые рецепторы, что наряду с лечебным действием ведёт к ряду проблем:

1. Преобладание адренолитического действия с неспособностью корригировать дефицитарную психопатологическую симптоматику.
2. Побочные неврологические расстройства.
3. Выработка гормона пролактина и вследствие этого эндокринные нарушения, галакторея, расстройства месячного цикла.
4. Угнетение гормона роста, что особенно важно учитывать при лечении детей.
5. Сопутствующие эффекты: атактические (равнодушие), антигистаминные, антиэметические – за счёт блокирования холинэргических систем и действия на центры продолговатого мозга.

Поиск новых антипсихотических средств шёл по пути сохранения общего и избирательного их действия, но с устранением тяжелых побочных

эффектов и, самое главное, - с коррекцией дефицитарных расстройств. Так появились препараты второго поколения, получившие название атипичных нейролептиков (первый их представитель - лепонекс [азалептин], а затем появились рисперидон, кветиапин [сероквель], оланзапин [зипрекса]).

Новейшие нейролептики обладают практически равным сродством к дофаминовым и серотониновым рецепторам. По эффективности они сравнимы или даже превосходят классические антипсихотики, особенно в плане лучшей переносимости и одновременной коррекции дефицитарной симптоматики. Но и в том, и в другом случае корректнее употреблять понятие «антипсихотические препараты», а термин «нейролептический синдром» оставить для диагностики и характеристики побочных явлений и осложнений. Кстати, острый нейролептический синдром как осложнение может быть и при использовании «атипичных», т.е. новейших антипсихотиков, хотя и встречается при этом намного реже.

СПЕКТР КЛИНИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ АНТИПСИХОТИКОВ

Приводится по «Моделям диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств» под редакцией профессора В.Н.Краснова и профессора И.Я.Гуровича (1999)

Препарат	Седативное действие	Антипсихотическое (инцизивное) действие	Антибредовое действие
<i>Преимущественно с седативным действием (седативные нейролептики)</i>			
Хлорпромазин (аминазин)	++++	++	++
Левомепромазин (тизерцин)	++++	+	+
Тиоридазин (меллерин, сонапакс)	+++	+	+
Хлорпротиксен	+++	++	+
Зуклопентиксол (клопиксол)	+++	+++	+++
Перициазин (неулептил)	+++	+	+
Алимемазин (терален)	++	+	+
Тиаприд (тиапридал)	++	+	+
<i>Преимущественно с антипсихотическим действием (инцизивные нейролептики)</i>			
Перфеназин (этаперазин)	++	++	++
Трифлуоперазин	++	+++	++++
Галоперидол	++	+++	++++
Сультоприд (топрал)	++	+++	+++
Флуфеназин (модитен)	+	+++	+++
Флупентиксол (флюанксол)	+	+++	++
Пипотиазин (пипортил)	+	+++	+++
Тиопроперазин (мажептил)	+	++++	++

<i>Преимущественно со стимулирующим действием (дезингибирующие нейролептики)</i>			
Сульпирид (эглонил)	-	++	+
Карбидин	-	+	+
<i>Атипичные нейролептики</i>			
Клозапин (лепонекс, азалеπτин)	++++	+++	+++
Кветиапин (сероквель)	+	++	+++
Рисперидон (рисполепт)	+	++	+++
Оланзапин (зипрекса)	++	+++	+++

А. Основные эффекты действия антипсихотиков

- преимущественно седативное, транквилизирующее; успокаивающее (большие транквилизаторы);
- с преимущественно антибредовым, антигаллюцинаторным действием;
- с преимущественно антидефицитарным (апатия, абулия, аутизм...), т.е. активирующим действием;
- с преимущественным антипроцессуальным (общим антипсихотическим, глобальным...) действием.

Б. Дополнительные эффекты антипсихотиков

- в сочетании с атарактическим (греческое слово «атараксия» означает равнодушие, спокойствие [эмоциональное притупление]);
- в сочетании с антифобическим действием;
- в сочетании с анксиолитическим эффектом [angst – страх: купируют страх, тревогу, эмоциональную напряженность];
- гипноидный эффект (снотворный);
- может быть депрессогенное действие;
- есть нейролептики с антидепрессивным действием (карбидин, меллерил);
- нейролептические эффекты – побочный результат: вегетативные расстройства, экстрапирамидные нарушения, явления акатизии и поздней дискинезии [поэтому название «нейролептики» - устарело];
- соматотропное действие (сульпирид).

Каждый антипсихотик имеет свой спектр и свой профиль действия. Он складывается из набора и разной степени выраженности указанных фармакологических эффектов.

В зависимости от спектра основных фармакологических эффектов антипсихотические препараты делятся на:

- с наиболее выраженным **общим (глобальным) инцизивным, т.е. купирующим, обрывающим психоз действием** (мажептил; триседил - он же трифлуперидол; клопиксол - акуфаз);

- с наиболее выраженным избирательным антибредовым и антигаллюцинаторным действием (трифтазин и галоперидол, а также пипортил, модитен; клопиксол; зипрекса, сультоприд, лепонекс, кветиапин, рисперидон);

- с наиболее выраженным седативным, транквилизирующим действием (лепонекс-азалептин, тизерцин, аминазин, а также галоперидол, неулептил, хлорпротиксен, тиоридазин, клопиксол);

- с наиболее выраженным антидефицитарным действием, т.е. одновременно подавляются психоз, процесс, бред, галлюцинации и купируются апатия, абулия, аутизм (оланзапин-зипрекса, кветиапин-сероквель, рисперидон - рисполепт);

- с наиболее выраженным стимулирующе-антидепрессивным действием (сульпирид-эглонил, карбидин, тиоридазин-меллерил, сонапакс, алимемазин-терален, в небольших дозах - флюанксол);

- с преимущественно растормаживающе-активизирующим действием (трифтазин, этаперазин, мажептил, а также – модитен, флюанксол, пипортил, кветиапин, рисперидон).

Таблица 2

Антипсихотики: уровни применяемых доз (в мг)

Препарат	Дозы		
	малые	средние	высокие
Алимемазин (терален)	25-40	40-75	75-100
Галоперидол	5-10	10-30	30-100
Зуклопентиксол (клопиксол)	10-30	30-75	75-150
Карбидин	50-75	75-100	100-200
Кветиапин (сероквель)	100-300	300-600	600-750
Клозапин (лепонекс, азалептин)	50-100	100-300	300-600
Левомепромазин (тизерцин)	50-100	100-400	400-600
Оланзапин (зипрекса)	5-10	10-15	15-20
Перициазин (неулептил)	30-50	50-75	75-100
Перфеназин (этаперазин)	20-40	40-75	75-100
Пипотиазин (пипортил)	30-60	60-90	90-120
Рисперидон (рисполепт)	2-4	4-6	6-8
Сульпирид (эглонил)	200-400	400-600	600-2000

Сультоприд (топрал)	100-300	300-600	600-1200
Тиаприд (тиапридал)	100-200	200-400	400-600
Тиопроперазин (мажептил)	5-20	20-40	40-60
Тиоридазин (меллерил)	50-100	100-200	200-600
Трифлуоперазин (трифтазин)	5-15	15-50	50-100
Флупентиксол (флюанксол)	3-10	10-40	40-150
Флуфеназин (модитен)	3-10	10-15	15-20
Хлорпромазин (аминазин)	50-150	150-500	500-1000
Хлорпротиксен	30-60	60-100	100-300

Таблица 3

Антипсихотики пролонгированного действия

Препарат	Дозы (мг)	Длительность действия
Галоперидол деканоат	50-300 в/м	2-3 недели
Зуклопентиксол ацетат (клопиксол-акуфаз)	50-200 в/м	3-4 суток
Зуклопентиксол деканоат (клопиксол депо)	200-750 в/м	2-3 недели
Пипотиазин пальмитат (пипортил Л4)	25-200 в/м	3-4 недели
Флупентиксол деканоат (флюанксол раствор для инъекций депо)	20-200 в/м	2-3 недели
Флуфеназин деканоат (модитен-депо)	25-100 в/м	2-4 недели

Информационная терапия

Согласно современным представлениям (Девятков Н.Д., Голанд М.Б., 1987; Девятков Н.Д., Голанд М.Б., Бецкий О.В., 1991; Бессонов А.Е., Калмыкова Е.А., Конягин Б.А., 1999; Зилов В.Г., Судаков К.В., Эпштейн О.И., 2000; Бессонов А.Е., Калмыкова Е.А., 2003) все явления живой и неживой природы пронизаны информационными отношениями.

Информация - это прежде всего отношение одного явления к другому, одного предмета к другому, т.е. она пронизывает все мироздание. Информация о любом физическом теле создается электромагнитными

полями крайне высокой частоты. В результате активных процессов жизнедеятельности каждое живое существо создает вокруг себя информационную сферу, которая, в свою очередь, значительно влияет на самих субъектов. Гипотезу о наличии, помимо белково-нуклеиновой формы жизни, атомно-полевой организации живого вещества выдвинули В.И.Казначеев и Е.А.Спирин (1991), а по мнению W.R.Adey (1993) в такой форме жизни основную роль могут играть слабые электромагнитные и другие поля. А.Е.Бессонов, Е.И.Калмыкова, Б.А.Конягин (1999) зарегистрировали *электромагнитное излучение вегетативных центров, органов и систем* в диапазоне крайне высоких частот (мм-диапазон) и таким образом подтвердили биохимические и биофизические процессы в протоплазме клеток, которые сопровождаются образованием свободной энергии и генерализацией ЭМИ. *С помощью этих радиосигналов клетки обмениваются друг с другом информацией о своем состоянии. Эта радиосвязь является мгновенной и более быстрой, чем электрическая связь через нервную систему и тем более, химическая через эндокринную систему.*

В организме формируется единый информационный экран, отражающий разнообразные стороны деятельности различных составляющих его функциональных систем.

Распространение возбуждения по нервам, наряду с импульсной электрической природой, включает быстрый информационный механизм. Генерируемый рецепторным потенциалом частоты ω -волновой процесс порождает *информационные волны*, которые практически без задержки через перинеуральное пространство и перехваты Ранвье распространяются в центральную нервную систему, где избирательно воспринимаются соответствующими структурами мозга. Этот же механизм имеет место и в эффекторных нервных волокнах.

Психическая деятельность в значительной степени строится на основании информационного процесса, в объединении элементов которого основную роль играют эмоции. Поскольку установлено, что на структуры мозга, т.е. на нервный субстрат эмоций оказывают первичное действие слабые электромагнитные поля, то имеется предположение, что *эмоции тесно связаны с электромагнитным излучением.* Экспериментально установлено, что информационные сигналы эмоций передаются у животных на значительные расстояния.

Мозг оперирует и хранит информацию. С этих позиций мозг оперирует «полевыми сферами», в которых взаимодействие частот определяют процессы восприятия, мыслительной деятельности, памяти, оценки времени и пространства (Pribram К.Н., 1991). В. Poitevin (1995) рассматривает организм как «интегрированную систему обмена информацией», в которой *«исчезают различия между мозгом и телом».*

Для нормальной жизнедеятельности организма необходимы два взаимосвязанных процесса - обмен веществ и обмен энергии. В процессе функционирования организм генерирует физические поля.

В настоящее время установлено существование вокруг человека электромагнитных и акустических полей. Электромагнитное излучение

человека находится в диапазоне $10^9 - 10^{11}$ Гц и называется тонкой внутренней энергией. Наличие этого излучения способствовало формированию «вибрационной медицины». Согласно представлениям «вибрационной медицины», которые созвучны постулатам традиционной китайской медицины, поражение любого органа или части организма, помимо нарушения их функций, сопровождается нарушениями и их энергетического обмена.

Для нормального функционирования организма важны не только субстратные показатели гомеостаза, но и постоянство уровней энергетических процессов, что послужило причиной расширения понятия гомеостаза с включением в него *гомеостаза энергетического и информационного* (Судаков К.В., 1995; Зилов В.Г., 1996). Это позволило рассматривать *болезнь на основе информационного принципа* (Симонов П.В., 1993; Судаков К.В., 1993, 1997; Bellavite P., Signorini A., 1995).

Информационные отношения как внутри отдельных функциональных систем, так и в межсистемных связях в целом организме весьма чувствительны к различным воздействиям. Они первыми нарушаются при разных, особенно экстремальных воздействиях на организм, например при эмоциональных стрессах. При длительных воздействиях стрессорных факторов формируются хронические, часто неизлечимые психосоматические заболевания (Судаков К.В., 1993), развитию которых способствуют и конфликты социального плана, и неблагоприятная экологическая обстановка. Болезнь может рассматриваться как результат расстройств всей сети электромагнитных связей. Подавляющее большинство приемов неконвенциональной (не академической) терапии заключается в активации защитных механизмов организма по принципу саморегуляции и имеет в своей основе восстановление показателей энергии и информации, Самые различные воздействия (варианты акупунктуры, слабые электромагнитные поля и другие биоэнергетические приемы, гомеопатия, су-джок-терапия), будучи информационными по своей природе, легко *корректируют информационные дисфункции и устраняют неспецифический информационный синдром.*

Акупунктурные, или биологически активные точки (БАТ) являются проекционными зонами выхода на периферию множества рефлекторных аппаратов различных органов и систем (сосуды микроциркуляторного русла, нервы, клетки соединительной ткани).

Сейчас подтверждена информационная взаимосвязь органов и систем посредством распространенной сети меридианов (каналов) и БАТ на них.

Сопоставление расположения зон максимальной чувствительности поверхности тела к электромагнитному излучению с классической схемой зон акупунктуры подтверждает полное их совпадение.

Современные данные свидетельствуют о многообразии механизмов лечебных эффектов при воздействиях на биологически активные точки и меридианы различными методами акупунктурной терапии.

Несомненно участие в этих механизмах нервной системы.

Однако нервный механизм не является единственным и решающим при воздействии акупунктуры.

Акупунктурные меридианы являются многозвеньевыми информационными каналами, природа передачи информации по которым может осуществляться через нервные проводники, путем гуморальных факторов, а также посредством механического или электромагнитного взаимодействия клеток.

Методы микроволновой акупунктуры эффективны для лечения различных психосоматических процессов и психических расстройств.

Этот метод лечения оказывает нормализующее влияние на некоторые расстройства сферы эмоций, на биоэлектрическую активность головного мозга и параметры электрокардиографической вариационной пульсометрии. А.Е.Бессонов, Е.А.Калмыкова (2003) рекомендуют информационно-волновую терапию (ИВТ) для купирования абстинентного синдрома у больных наркоманией, а также для лечения маниакально-депрессивных состояний, панических атак, психоэмоциональных нарушений.

Для современной медицины характерна тенденция к объединению методов академической и неконвенциональной терапии. Так, имеются сообщения об эффективности сочетанного применения рефлексотерапии, гомеопатии с психотерапией у больных с неврозоподобными депрессивными расстройствами (Михайлова А.А., Попова Н.И., 1997), гомеопатической и мануальной терапии у больных с болями в спине при остеохондрозе позвоночника (Карцев А.А. Зилов И.Г., Галанов В.П с сотр., 1997).

По данным А.Т.Семеней (1999) сочетание информационной терапии с лекарственными препаратами обеспечивает уменьшение их токсичности, количества и сроков применения без снижения качества лечения.

В период лечения информационными методами любого заболевания отмечается выраженная тенденция к нормализации количественных и качественных показателей функционирования системы иммунитета и усиление активности лейкоцитов.

А.Е.Бессонов и Е.А.Калмыкова (2003) указывают, что информационная терапия в сочетанном виде справляется со всеми болезнями в более короткие сроки и со значительно меньшими осложнениями.

Она открыла большие возможности в профилактике сосудистой патологии мозга, лечении последствий кровоизлияния в мозг, воспалительных процессов в проводящей нервной системе.

По мнению В.Г.Зилова, К.В.Судакова, О.И.Эпштейна (2000) «... перед информационной медициной открываются широкие перспективы профилактики психосоматических заболеваний и реабилитации, в частности, последствий стрессорных нагрузок на организм».

Интерес представляет изучение информационного гомеостаза (ИГ) организма в целях информационно-волновой диагностики (ИВД) и информационно-волновой терапии (ИВТ) (Бессонов А.Е., Калмыкова Е.А., Конягин Б.А., 1999). Метод заключается в измерении электромагнитных излучений акупунктурных - биологически активных точек (БАТ) и рефлексогенных зон для регистрации радиосигналов, свойственных тканям

организма, с помощью анализатора информационного сигнала «АИС» (радиометра); сигналы детектируются и обрабатываются с помощью ЭВМ. Полученная спектрограмма с амплитудными и частотными характеристиками спектра излучения органа несет информацию о состоянии метаболизма клеток и позволяет выявлять начальные (функциональные) и глубокие нарушения информационного гомеостаза, а значит и метаболизма.

ИВТ заключается в воздействии через БАТ на органы, показавшие при диагностике отклонения от нормы информационного гомеостаза, электромагнитными волнами миллиметрового, инфракрасного и части видимого диапазона волн низкой мощности, которые осуществляют коррекцию информационного гомеостаза в клетках организма. Для этого используется аппарат «Минитаг», который воспроизводит сигналы здоровой клетки.

Другие известные технологии лечения и аппаратура для КВЧ-терапии не обладают возможностями радиофизического контроля реакций организма на воздействие ЭМИ, т.е. не обеспечивают обратной связи, которая может осуществляться в процессе лечения при использовании повторной диагностики прибором «АИС», что делает терапию контролируемой и позволяет проводить коррекцию лечения в плане подбора зон воздействия, количества процедур на курс, количества курсов лечения, оценить целесообразность сочетания с другими методами лечения (Семений А.Т., 1999). Топография поражения, выявленная при ИВД с помощью прибора «АИС», совпадает с данными диагностических методов академической медицины и значительно превосходит их по выявлению ранних и функциональных нарушений.

По нашим данным, у больных с соматоформными расстройствами, сопровождающимися коморбидной соматической патологией, как и у больных с аналогичной физической соматической симптоматикой, при информационно-волновой диагностике анализатором информационного сигнала «АИС» имеются значительные нарушения информационного гомеостаза, которые проявляются деформацией структуры радиосигнала и изменением амплитудных и частотных характеристик спектра излучения во многих акупунктурных точках. Это свидетельствует о расстройстве всей сети электромагнитных связей, но имеются и определенное соответствие значительно измененного радиосигнала в акупунктурных точках рефлекторно связанных с органами и системами заинтересованными в данной патологии.

Проведение курса информационно-волновой терапии с помощью аппарата «Минитаг» позволило в значительной степени нормализовать информационный гомеостаз: изменения радиосигнала во всех акупунктурных (биологически активных) точках полностью корригировались или становились незначительными, что совпадало с наступлением клинического улучшения.

Список литературы

1. Авдеев Д.А., Пезешкиан Х. Позитивная психотерапия в психосоматике. – Чебоксары: издво ун-та, 1993. – 116 с.
2. Ананян А.В., Манасян Н.Г. Опыт обследования при помощи шкалы SCL-90 больных с непсихотическими соматизированными расстройствами // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М.Бехтерева. – 1994. - №3. – с. 129-131.
3. Анналова Н.И. Депрессивные расстройства у больных с желудочно-кишечными заболеваниями // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М.Бехтерева. – 1993. - №4. – с.115-118.
4. Бажин Е.Ф., Дмитриев К.Ф., Цейтина Г.П., Эткинд А.М. Особенности внутренней картины болезни в клинике некоторых психосоматических заболеваний // 5-й Всероссийский съезд невропат. и психиатров. – М., 1985. – Т.3. – с. 5-7.
5. Белоконь Н.А. Современные подходы к изучению психосоматических влияний на патологию сердечно-сосудистой системы у детей // Педиатрия. – 1989. №1. – с. 23-27.
6. Беребин М.А., Вассерман Л.И. Факторы риска пограничных нервно-психических расстройств у педагогов общеобразовательных школ // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М.Бехтерева. – 1994. - №4. – с. 12-23.
7. Бротийгам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. / Пер. с нем. Г.А. Обухова, А.В. Бруенка; Предисл. В.Г. Остроглазова, - М.: Гэотар Медицина, 1999. – 376 с.
8. Вассерман Л.И., Карвасарский Б.Д., Бочаров В.В. и др. Психодиагностическая методика для определения неврозоподобных нарушений (компьютерная версия): Пособие для врачей и психологов. – СПб., 1995. – 45 с.
9. Вертоградова О.П., Довженко Т.В., Мельникова Т.С. Панические расстройства в общесоматической практике // Соц. и клин. психиатрия. – 1996. – Т. 6, №3. – с. 34-40.
10. Вопросы взаимоотношения психического и соматического в психоневрологии и общей медицине: Сборник // НИИ имени В.М. Бехтерева. Л., 1963. – Т.21. – 383 с.
11. Гиндикин В.Я. Справочник: соматогенные и соматоформные психические расстройства (клиника, дифференциальная диагностика, лечение). – М., Издательство «Триада – Х», 2000. – 256 с.
12. Групповая психотерапия в системе лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки: Метод. реком. // ин-т им. В.М. Бехтерева; сост. Н.Н. Щерба, С.Л. Соловьёва. – Л., 1988. – 20 с.
13. Губачёв Ю.М., Дорничев В.М., Ковалёв О.А. Психогенные расстройства кровообращения. – СПб., Политехника, 1993. – 248 с.
14. Губачёв Ю.М., Жузжанов О.Т., Симаненко В.И. Психосоматические аспекты язвенной болезни. – Алма-Ата: Казахстан, 1990. – 214 с.

15. Губачов Ю.М., Стабровский Е.М. Клинико-физиологические основы психосоматических отношений. Л.: Медицина, 1981. – 216 с.
16. Данилова Л.Ю. Клинические типы функциональных психосоматических расстройств в детско-подростковом возрасте // Ж. невропатол. и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1990. – Т. 90. - №8. – с. 88-91.
17. Дереча Г.И., Дереча В.А. Системно-клинический подход к оценке невротических расстройств. – Сыктывкар: Коми книжное издательство, 1996. – 40 с.
18. Дунаевский В.В. Психиатрия и психосоматическая медицина. – СПб., 1995. – 116 с.
19. Ипохондрия и соматоформные расстройства / Под ред. А.Б. Смулевича. - М., 1992. – 176 с.
20. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. – СПб., 1996. – 453 с.
21. Кабачкова А.И. Психотерапия желудочно-кишечных заболеваний в условиях дневного стационара клинической больницы // Психотерапия: от теории к практике / Материалы I съезда Рос. Психотерап. Ассоциации – СПб., 1995. – с. 142-145.
22. Карвасарский Б.Д. Неврозы. – М.: Медицина, 1980. – 448 с.
23. Карвасарский Б.Д., Простомолотов В.Ф. Невротические расстройства внутренних органов. – Кишинёв: Штиинца, 1983. – 166 с.
24. Коркина М.В., Мариллов В.В. Варианты психосоматического развития личности при заболеваниях желудочно-кишечного тракта // Ж. невропатол. и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1995. – Т. 95. - №6. – с. 43-47.
25. Крылов В.И. Пограничные психические заболевания с нарушениями пищевого поведения. СПб., 1995. – 95 с.
26. Крылова Г.С. Интегративный подход к лечению больных с психосоматической патологией // Интегративные аспекты современной психотерапии / Тр. НИИ им. В.М. Бехтерева. Т. 131. – СПб., 1992. – с. 135-141.
27. Курцин И.Т. Теоретические основы психосоматической медицины. – Л.: Наука, 1973. – 336.
28. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Креггер Ф. Психосоматический больной на приёме у врача. / Пер. с нем. – СПб., 1996. – 256 с.
29. Майчук Е.Ю., Довженко Т.В., Габриелян А.А. Боль в сердце и её эмоциональные составляющие // Ж. практического психолога. – 1997. №4. – с. 63-68.
30. Мелик-Пашаян М.А., Сукиасян С.Г. Особенности формирования и течение соматизированных психических расстройств у лиц позднего возраста // Ж. невропатол. и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1993. – Т. 93. - №2. – с. 28-31.
31. Мелик-Пашаян М.А., Сукиасян С.Г., Амерханян К.Т. Соматизированные психические нарушения у лиц, пострадавших при землетрясении // Экстрем. и клиническая медицина. – 1992. - №1. – с. 64-69.

32. Михайлов А.Н., Ротенберг В.С. Особенности психологической защиты в норме и при соматических заболеваниях // Вопросы психологии. – 1990. - №5. – с. 106-111.
33. Морковина И.В., Серпуховитина Т.В. Тревожно-фобические и соматические расстройства // Ипохондрия и соматоформные расстройства. – М., 1992. – с. 78-100.
34. Морозова Н.В. Особенности отношения к болезни у больных церебральным атеросклерозом // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии / Тр. НИИ им. В.М. Бехтерева. Т. 134. – СПб., 1994. – с. 180-187.
35. Павлов К.В. опыт применения психодиагностической методики Кейрси у больных с нервно-психической и психосоматической патологией // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М.Бехтерева. – 1995. - №4. – с. 289-291.
36. Панин Л.Е., Соколов В.П. Психосоматические взаимоотношения при хроническом эмоциональном напряжении. – Новосибирск: Наука, 1981. – с. 178.
37. Петрова Н.Н., Васильева И.А., Клубова Е.Б. Механизмы психологической защиты у больных соматизированной депрессией // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М.Бехтерева. – 1996. - №2. – с. 181-183.
38. Применение Гисенского опросника соматических жалоб в клинике пограничных нервно-психических и психосоматических расстройств: Метод. пособие / Ин-т им. В.М. Бехтерева; сост. В.А. Абабков и др. – СПб., 1993. – 24 с.
39. Психические расстройства и сердечно-сосудистая патология: Сборник статей / Под ред. А. Б. Смулевича, А. Л. Сыркина. М., 1994. — 192 с.
40. Психологическая диагностика защитно-приспособительных механизмов личности: Пособие для врачей и психологов / Ин-т им. В. М. Бехтерева; сост. Л. И. Вассерман, О. Ф. Ерышев, Е. Б. Клубова. — СПб., 1995. — 16 с.
41. Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и психосоматической патологии / Тр. НИИ им. В. М. Бехтерева. - Л., 1990. - Т. 127. - 172 с.
42. Психологическая диагностика типов отношения к болезни при психосоматических и пограничных нервно-психических расстройствах: Метод, реком. / ин-т им. В. М. Бехтерева; сост. Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, В. В. Бочаров и др.— СПб., 1991. – 26 с.
43. Психосоматика: Взаимосвязь психики и здоровья. Хрестоматия / Сост. К.В. Сельченков. – Мн.: Харвест, 1999. – 640 с. – (Библиотека практической психологии).
44. Психосоматические и соматические расстройства у детей: Сборник / Под. ред. Д. Н. Исаева, Б. Е. Микиртумова.— Л.: 1990. - 139 с.
45. Райский В. А. Психотропные средства в клинике внутренних болезней. — М., 1988. — 256 с.

46. Расс Б. К. М. Консультативная психиатрия: вклад психиатрии в диагностику и лечение пациентов больниц общего профиля // Соц. и клин. психиатрия. — 1997. — Т. 7. № 2. — с. 42-46.
47. Романова И.С., Виноградова М. В., Ласкова Н. Б. Основные принципы дифференциальной диагностики и комплексной терапии соматических и психосоматических расстройств // Ж. невропат. и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1988 — Т 88 №4.-с. 110-115.
48. Савельева М. И. Ревматоидный артрит: психосоматические соотношения и внутренняя картина болезни: Автореф. дисс. канд. мед. наук / Ярослав. мед. ин-т. - Ярославль, 1995.— 26с.
49. Северный А. А., Баландина Т. А., Солоед К. В., Шалина Р. И. Психосоматические аспекты беременности // Соц. и клин. психиатрия. - 1995. - Т. 5. №4. - с. 17-22.
50. Семенова Н. Д. Телесно-ориентированные методы в психотерапии больных бронхиальной астмой // Соц. и клин. психиатрия. - 1995. - Т. 5, № 3. - с. 85-89.
51. Симаненков В. И., Ананьев В. А. Концептуальные основы онтогенетической психосоматики // Теория и практика медицинской психологии и психотерапии / Тр. НИИ им. В. М. Бехтерева. — СПб., 1994. — Т. 134. — с. 180-187.
52. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. — М.: Медицинское информационное агенство, 2003. — 432 с.: ил.
53. Смулевич А.Б., Гиндикин В.Я., Аведисова А.С. и др. Применение психотропных средств в общемедицинской сети // Ж. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1985.— Т. 85, № 4 - с. 594-599.
54. Смулевич А. Б., Дубницкая Э. Б., Фяльц А. О., Морковкина И. В. К построению модели соматоформных расстройств // Ж. Невропат. и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1991. - Т. 91, № 12.- с. 100-103.
55. Сукиасян С. Г. Соматизированные психические расстройства как маскированные депрессии: Обзор // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. — 1993.— N 2. — с. 60-70.
56. Сукиасян С. Г., Мелик-Пашаян М. А. Типы соматизированных психических расстройств в пожилом возрасте //Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева.— 1993. — № 3. - с. 122-125.
57. Сукиасян С. Г., Мелик-Пашаян М. А. Затяжные реактивные состояния в общесоматической больнице: клинко-психологические аспекты // Ж. невропат и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1993. — Т. 93, N 3. — с. 122—125.
58. Сукиасян С. Г. Минасян А. М. Клинические опросники для раннего выявления соматизированных психических нарушений // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. — 1994.—№ 3.— с. 73—
59. Тополянский В; Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. (Руководство для врачей). — М.: Медицина, 1986.- с. 384.

60. Тупицын Ю. Я. Клинический метод в практической психотерапии // Психотерапия : от теории к практике / Материалы I съезда Российской Психотерап. Ассоциации, — СПб., 1995. — с. 53-56.
61. Тхостов А. Ш., Арина Г. А. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии / Фурдуй Ф.И. Стресс и здоровье. — Кишинёв: Штиинца, 1990. — 240 с.
62. Целибеев Б.А. Психические нарушения при соматических заболеваниях. — М.: Медицина, 1972. — 280 с.
63. Шифрин В.Б. О связи алекситимии с соматизацией неврозов при их клиническом патоморфозе // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. — 1994. - №1. — с. 100-103.
64. Щеглов И.Ю. Панические расстройства у больных с гинекологической патологией // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. — 1995. - №1. — с. 98-101.
65. Якубзон А.М. Внутренняя картина болезни при неврозах с функциональными сердечно-сосудистыми расстройствами // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической патологии / Тр. НИИ им. В. М. Бехтерева; 1990.— Т. 127. — с. 105-109.
66. Frommer J. Methodologische Aspekte des Leib—Seele— Problems in Psychosomatik und Psychotherapie // Z.fur clinische Psychologic, Psychiatric und Psychotherapie. — 1996. — № 3. S. 231-242.
67. Hoffmann S. O., Hochapfel G. 'Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin / CompactLehrbuch. — Stuttgart: Schattaueer. 1995 — 381 S.
68. Lamrecht Die psychosomatische Medizin zwischen Erklaren und Verstehen // Z. fur clinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie. - 1996. N 2. —S. 213-219.
69. Messne T., Sihm H. Psycho-social risk factors for ischaemis heart disease among men in the subarctic area // Int. J.Circumpolar Health. 1997. V. 56. № 1-2. — P. 12— 19.
70. De Paiva L.M., De Paiva A.M. Medica psychosomatica (psychopatologia e terapeutica).— Sao Palo: Artes Medicas, 1994. — 874 p.
71. Von Rad B.C. Psychosomatische Medezin. — Stuttgart: Thieme. 1992. — 427 S.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
Глава I. ПСИХОГЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА	
1.1. Понятие психогений	10
1.2. Реакция на тяжелый стресс	12
1.3. Посттравматическое стрессовое расстройство	14
1.4. Хроническое изменение личности после переживания катастрофы	16
1.5. Расстройства адаптации	17
Глава II. НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА (НЕВРОЗЫ)	
2.1. Тревожно-фобические расстройства	22
2.2. Обсессивно-компульсивные расстройства	27
2.3. Диссоциативные (конверсионные) расстройства	30
2.4. Неврастения	32
Глава III. СОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПСИХОГЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ	
3.1. Классификация психогенных соматических расстройств	35
3.2. Соматоформные расстройства	38
3.3. Психосоматические болезни	41
3.4. Невротические расстройства при психосоматических заболеваниях	43
3.4.1. Соматоформные сердечно-сосудистые заболевания	46
3.4.2. Соматоформные желудочно-кишечные расстройства	50
3.4.3. Соматоформные расстройства органов дыхания	51
3.4.4. Кожные соматоформные расстройства	54
3.4.5. Соматоформные урологические расстройства	56
3.5. Депрессия и соматические расстройства	58
3.6. Синдромы, связанные с физиологическими нарушениями	72
3.6.1. Нервная анорексия	72
3.6.2. Нервная булимия	73
3.6.3. Переедание	74
3.6.4. Рвота психологического происхождения	74
3.6.5. Расстройства сна неорганической природы	74
3.6.6. Половая дисфункция	77
Глава IV. СПЕКТРЫ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ ПСИХОТРОПНЫХ СРЕДСТВ	
4.1. Транквилизаторы	80
4.2. Антидепрессанты	82
4.3. Ноотропы	86
4.4. Антипсихотики	88
4.5. Информационная терапия	92
Список литературы	97