

Олег
СЫРОПЯТОВ
ДЗЕРУЖИНСКАЯ
Наталья

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ

Олег Геннадьевич Сыропятов
Наталья Александровна Дзеружинская
Фитотерапия
психосоматических расстройств

Текст предоставлен правообладателем

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=3140105

*Фитотерапия психосоматических расстройств: Монография
(Библиотека консультативной психиатрии и психотерапии).: ВЕАП-
ИЦКПиП; Киев; 2001
ISBN 966-7389-13-8*

Аннотация

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

сотрудничество по программе «Консультативная психиатрия и психотерапия в Восточной Европе».

Содержание

Введение	5
Глава 1. Клиника и диагностика «психосоматических» расстройств	8
Конец ознакомительного фрагмента.	16

**Олег Геннадьевич
Сыропятов, Наталия
Александровна
Дзеружинская
Фитотерапия
психосоматических
расстройств:
Монография (Библиотека
консультативной
психиатрии и
психотерапии)**

Введение

Психосоматическая медицина – раздел общей патологии, изучающий соматические расстройства и болезни, возника-

ющие под влиянием или при участии эмоционального напряжения, в частности, психических воздействий, испытанных индивидуумом в прошлом или в настоящее время (Морозов Г.В., Шумский Н.Г., 1998).

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

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) термин «психосоматические» не используется ввиду различий в его значении на разных языках и в разных психиатрических традициях. Расстройства, описы-

ваемые в других классификациях как «психосоматические», могут быть представлены в МКБ-10 как F45.– (соматоформные расстройства), F50.– (расстройства приема пищи), F52.– (сексуальная дисфункция) и F54.– (психологические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами или заболеваниями, классифицированными в других разделах).

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

Глава 1. Клиника и диагностика «психосоматических» расстройств

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

ции».

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

На теорию «психосоматической медицины» оказали существенное влияние и идеи З.Фрейда, открывшего путь для адекватного изучения как осознаваемых, так и неосознаваемых эмоциональных стрессов, влияющих на возникновение и развитие органических заболеваний. Работая с пациента-

ми-истериками, З.Фрейд отметил, что те эмоции, которые не выдерживаются сознанием, вытесняются из сознательной сферы и замещаются динамическим фактором, органическим симптомом, проявляющимся в нарушении какого-либо органа, то есть в этом случае соматические симптомы являются «конверсионными истерическими симптомами».

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

Франц Александер (1891–1964) предложил стройную теорию объяснения психосоматических связей. Он разграничил истерические конверсионные реакции и адаптивные изменения вегетативных функций, вызываемых эмоциональным напряжением. Для формирования психосоматических нарушений, по Александеру, необходим «конституциональный фактор X». Затем, в ответ на психическое напряжение, возникает физиологическая реакция, сопровождающая эмоции. Если эмоциональное напряжение не реализуется вовне, то возникает блокада, приводящая к необратимым изменениям в органах. Причиной блокады действий являются жиз-

ненные конstellации, в которых актуализируются конфликты из превербальной жизни индивидуума. То обстоятельство, что речь идет о конфликтах, сформированных в то время, когда психическая структура была еще мало дифференцирована, облегчает, наряду с конституциональным фактором, телесные проявления. Сообразно своей теории, Ф.Александр терапевтические возможности видел в психоанализе. Теория Ф.Александера называется «теория специфических для болезни психодинамических конфликтов». Взгляды Ф.Александера противоположны тому направлению, которое обосновывало корреляцию между соматическими типами реакций и постоянными личностными параметрами – «профилем личности» (Dunbar 1943).

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

вербальном и символическом выражении эмоций. Алексетимия характеризуется следующими когнитивно-аффективными особенностями:

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

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

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

Еще одно направление, близко стоящее к «психосомати-

ческой медицине», представлено изучением соматизированных или соматоформных психических расстройств.

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

Проблема соматоформных расстройств представлена в следующих направлениях.

1. Изучение психовегетативных синдромов (преимущественно невропатологами). Среди психовегетативных синдромов выделялся *органный*, или изолированный, психовегетативный синдром, при котором нарушения локализуются в определенном органе или системе органов, и *обширный*, при котором наблюдается многообразие и полиморфизм симптоматики. Кроме того, выделяются следующие компоненты психовегетативного синдрома: соматический, неврологический, психический (Poldinger W., 1977). Соматический компонент включает разнообразные по интенсивности и продолжительности, а также по характеру болевые

ощущения, дисфункции органов, парестезии, удушье. Неврологический компонент – живость рефлексов, незначительный тремор языка, клонус стоп, симптом Хвостека. Клиническим содержанием психического компонента является внутреннее беспокойство, тревога, расстройство сна, озабоченность своим здоровьем, склонность к рефлексии, лабильность настроения, повышенная истощаемость, нарушение концентрации внимания, снижение инициативы. Нередким клиническим проявлением психовегетативных расстройств являются кризы. Существует две точки зрения на природу психовегетативных кризов. Одна точка зрения принадлежит отечественным неврологам А.М.Вейну и О.А.Колосову о «симпатико-адреналовых» и «вагоинсулярных» кризах. Вторая отражает представления американских авторов о «панических атаках». С введением МКБ-10, отечественные психиатры и неврологи также будут пользоваться этим последним, международно признанным названием «панические атаки».

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

- 1) вегетативные (усиленное или учащенное сердцебиение, потливость, дрожание или тремор, сухость во рту);
- 2) относящиеся к груди и животу (затруднение дыхания,

чувство удушья, боли или дискомфорт в груди, тошнота или абдоминальный дистресс);

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

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

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

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

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