

Е. И. Кудинова, ассистент кафедры психотерапии ХМАПО
Харьковская медицинская академия последипломного образования
(г. Харьков)

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ПРИНЦИПЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СОМАТОФОРМНОЙ ДИСФУНКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Было проведено комплексное клинико-психопатологическое и психопатологическое исследование 97 больных с соматоформно-вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой системы (СВДСС). Выделены ведущие клинические синдромы — кардиалгический у 78 %, аритмический у 12 % больных. У всех больных установлено повышение уровня депрессии, личностной и реактивной тревожности. Проведена стратификация патогенетических механизмов СВДСС, установлены принципы построения психотерапевтической коррекции.

Ключевые слова: соматоформно-вегетативная дисфункция сердечно-сосудистой системы, патогенетические механизмы, психотерапия

В настоящее время проблемы соматоформных расстройств (СФР) требуют междисциплинарного обсуждения. Это обусловлено многими факторами, однако наиболее важными являются изменения в структуре заболеваемости и существенные преобразования медицинской доктрины Украины.

В последние годы отмечается рост заболеваемости и распространенности расстройств психики, в основном за счет непсихотических пограничных патологических состояний, в т. ч. невротических расстройств и СФР.

Однако в Украине значительное место в их структуре занимают расстройства, диагностируемые как «вегетососудистая дистония» (ВСД) и «нейроциркуляторная дистония» (НЦД). Несмотря на давно принятый в общемировой практике модус рассматривать эти состояния в русле психогенно-конституциональных расстройств, которые соответственно диагностируются, классифицируются и курируются психиатрами и психотерапевтами, в медицинской практике Украины продолжается и отстаивается преимущественное ведение пациентов с этими заболеваниями неврологами и кардиологами. Так, используют термины и классификации для НЦД и ВСД, предложенные Г. Ф. Лангом (1953), Н. Н. Савицким (1952—1956), В. И. Маколкиным (1985), А. М. Вейном (1986) и др.

Для обозначения дисрегуляторных расстройств сердечно-сосудистой системы Г. Ф. Ланг впервые предложил термин «нейроциркуляторная дистония», обозначающий синдром, который обуславливает риск развития гипертонической болезни. В качестве самостоятельного заболевания НЦД впервые представил Н. Н. Савицкий, который выделил три ее варианта: кардиальный, гипотонический и гипертонический. Наиболее детализированной является классификация, разработанная Г. М. Покалевым и В. Д. Трошиным (1976), в которой не только выделены различные типы НЦД с учетом ее происхождения, но и клинические варианты их течения, осложнения и фазы заболевания.

Формирование клинического понятия ВСД связано с именами Н. Eppinger, L. Hess (1910), описавших синдром ваготонии. А. М. Вейн с соавт. (1986) определяют ВСД как состояние, характеризующееся нарушением нормальной деятельности вегетативной нервной

системы в связи с изменением тонуса ее симпатического и парасимпатического отделов и преобладанием тонуса одного из отделов вегетативной нервной системы.

В последние годы произошла определенная трансформация взглядов на ВСД и НЦД. А. М. Вейн описал эволюцию представлений о ВСД, выделяя 4 этапа: 1-й — вегетативный (вагальные кризы Говерса, симпатические кризы Польцера); 2-й — неврологический (диэнцефальные, гипоталамические кризы Н. И. Гращенкова); 3-й — психофизиологический (симптоадреналовые, вагоинсулярные кризы А. М. Вейна); 4-й — психовегетативные кризы — панические атаки.

Одним из ключевых направлений клинической сферы нейронаук и медицины в целом на сегодняшний день является изучение проблемы непсихотических психических заболеваний, в частности, соматоформных расстройств (СФР) (Марута Н. А., 2002; Напреенко О. К., 2002; Кришталь В. В., 2003; Казакова С. Е., 2003; Подкорытов В. С., 2003; Сосин И. К., 2003; Морозов А. Н., 2004 и др.).

СФР, которые были выделены в самостоятельную группу психических расстройств Международной классификацией болезней десятого пересмотра (МКБ-10), представляют собой достаточно неоднородную клиническую группу. Так, наряду с достаточно обстоятельно описанными органами неврозами к соматоформным отнесены расстройства, которые традиционно рассматривались в качестве отдельных синдромов, в основном истерического невроза.

Существенно пересмотрены также теоретические, практические и классификационные подходы к вегетососудистой дистонии, которая, особенно в отечественной психоневрологии, долгие годы была фактически общепринятым синонимом СФР (Первомайский Б. Я., 1974; Абабков В. А., 1993; Гиндикин В. Я., 2000; Сердюк А. И., 2000, 2003; Вейн А. М., 2002; Спирина И. Д., 2003; Михайлов Б. В., Сарвир И. Н., Мирошниченко Н. В., 2004 и др.).

Всё это создало ситуацию, когда систематизированные научные разработки в этой отрасли далеко отстали от сформированных клинических нужд. Существующие классические работы по клинической структуре некоторых форм СФР (Карвасарский Б. Д., Простомолотов В. Ф., 1988; Абабков В. А., 1993; Смулевич А. Б., Сиркин А. Л., Козырев В. Н., 2000 и др.), не отвечают дифференциации современных форм СФР и выборе наиболее эффективных методов психотерапии и принципов применения патогенетически обусловленных лечебно-реабилитационных подходов.

Всё вышеперечисленное послужило обоснованием настоящего исследования, целью которого явилось улучшение диагностики клинической феноменологии и патопсихологических механизмов её формирования соматоформной вегетативной дисфункции сердечно-сосудистой системы и разработки принципов формирования психокоррекционных мероприятий.

Наблюдение включало в себя следующий комплекс исследований: клиническое и клинико-психопатологи-

ческое наблюдение больных, в ходе которого оценивали состояние психической и соматической сфер; клинико-анамнестическое исследование; опросник для исследования акцентуированных черт личности (методика Леонгарда — Шмишека).

Определение темперамента, уровня нейротизма, экстра и интроверсии проводили с помощью опросника Eysenck Personality Inventory (EPI, Eysenck H. I., 1963). Уровень личностной и реактивной тревожности изучали по шкале самооценки (Spilberger C. D., в адаптации Ю. Л. Ханина, 1971). Наличие и уровень депрессии изучали с помощью шкалы Гамильтона для оценки депрессии (HDRS, Hamilton M., 1960).

В исследование вошли 97 больных с соматоформной вегетативной дисфункцией сердца и/или сердечно-сосудистой системы (СВДССС) (F 45.30).

Клинико-психопатологическое исследование больных с СВДССС было проведено структурировано, этапно и лонгитудинально. Проводилось структурированное диагностическое интервьюирование больных, а также клиническая идентификация симптомов и синдромов. Анализ полученных данных позволил выделить 2 группы синдромов: синдромы, которые обуславливали нозо-принадлежность или определяли клинику расстройства в целом; а также относительно неспецифические синдромы общеневротического регистра, которые распространялись на все клинические группы.

Распределение выделенных синдромов в исследуемой группе больных представлено в табл. 1.

Таблица 1

Распределение ведущих синдромов у больных с соматоформной вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой системы

Синдромы	Абс.	% ± %m
Кардиалгический	76	78
Аритмический	11	12
Цефалгический	5	5
Абдоминальный	1	1
Дисфагический	1	1
Диспноэтический	3	3

В группе больных с СВДССС превалировал кардиалгический синдром (75,66 ± 76 %), у 11,64 ± 12 % больных регистрировался аритмический синдром, у 4,85 ± 5 % — цефалгический.

Кроме специфических синдромов, которые определяли клиническую картину расстройства, у больных с СВДССС выделялись синдромы общеневротического регистра, распределение которых в группе больных СВДССС представлено в табл. 2.

Таблица 2

Распределение синдромов общеневротического регистра у больных с соматоформной вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой системы

Синдромы	Абс	% ± %
Астенический	28	29
Тревожный	13	14
Астено-ипохондрический	10	10
Астено-субдепрессивный	35	36
Обсессивно-ипохондрический	11	11

Как видно из таблицы 2, превалировали синдромы астенического регистра.

Анализ данных, полученных с помощью опросника Айзенка (EPI), выявил что для больных с СВДССС характерным было преобладание низкого уровня нейротизма, который регистрировался у 71,66 ± 2,15 % обследованных.

По данным методики Спилбергера — Ханина более чем у половины больных с СВДССС регистрировались высокие уровни как личностной тревожности (у 64,13 ± 2,64 %), так и реактивной (у 50,46 ± 2,76 %).

Уровень депрессии изучался нами с помощью шкалы Гамильтона. По полученным данным у 43,99 ± 2,36 % обследованных было выявлено наличие депрессии, уровень которой соответствовал лёгкой (31,97 ± 2,22 %) или умеренной (12,02 ± 1,55 %) степени.

Анализ данных, полученных по результатам всех проведенных обследований, позволил установить сложную иерархичную стратификацию патогенетических механизмов развития СВДССС. Высшим интегральным уровнем является личностный, который характеризуется констелляцией определённых типов центральной нервной системы, повышенного уровня тревожности, интровертированного способа реагирования и низкого уровня сопротивления стрессу. Следующим является морфофункциональный уровень нарушения надсегментарных механизмов регуляции вегетативных функций с преобладанием симпатико- и гиперсимпатикотонической направленности и нарушением центральной нейро и гемодинамики. Самым низшим является системно-органный уровень с неадекватной активацией проприоцептивных механизмов. При этом ведущим патопсихологическим механизмом является диссоциация между относительно низким уровнем нейротизма и высоким уровнем показателей личностной тревожности. В формировании системно-органной принадлежности СВДССС участвует и субъективная система представленной больноу.

Многоуровневый характер патогенеза развития СВДССС обусловил разработку системы психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий.

Принципом построения системы был уровневый, направленный на коррекцию психогении, оптимизацию вегетативной регуляции, повышение толерантности к физическим нагрузкам, повышение уровня социального функционирования.

Психотерапия была базисным методом лечения больных с СВДССС.

На начальном этапе нами использовалась суггестивная психотерапия с элементами телесно-ориентированной психотерапии, которая проводилась в группах по 10—12 больных. При этом телесный компонент формировался при нозоспецифической симптоматике. Суггестивное содержание словесных формул было направлено на снятие эмоционального напряжения, концентрации внимания на сердечно-сосудистой системе. Развивалась способность волевого управления своими вегетативными функциями, активностью, настроением, самочувствием.

На втором этапе проводилась групповая психотерапия — 10—12 сеансов продолжительностью 45—60 минут, ежедневно.

Постепенно осуществлялся переход к третьему этапу, где основным было овладение элементами аутотренинга.

Самостоятельные занятия аутотренингом проводились 2 раза в день длительностью 15 минут: утром и вечером, ежедневно. Методика проводилась по классическим формулам Шульца в модификации А. Т. Филатова.

Терапия по разработанной нами системе была проведена 97 больным с СВДССС.

Критериями эффективности терапии были нормализация психического состояния, самочувствия больных, снижение уровня тревожности, повышение уровней самооценки своего состояния.

В процессе терапии было достигнуто значительное улучшение состояния у 39 больных ($79,40 \pm 2,21$ %), незначительное улучшение — у 54 ($16,12 \pm 2,01$ %). У 15 больных ($4,48 \pm 1,13$ %) не удалось достичь существенных позитивных изменений состояния.

Таким образом, для терапии СВДССС наиболее эффективным является применение системы лечебно-реабилитационных мероприятий, построенной по этапным и уровневым принципам, которая включает в себя комплекс суггестивной психотерапии с элементами телесно-ориентированной психотерапии, групповой психотерапии и элементов аутогенной тренировки, а также бальнео- и физиотерапии.

Список литературы

1. Александровский, Ю. А. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей / Ю. А. Александровский. — М.: Медицина, 1993. — С. 225—237.
2. Березанцев А. Ю. Теоретические и практические аспекты соматоформных расстройств и психосоматики (сообщение 1) / А. Ю. Березанцев // Российский психиатрический журнал. — 2001. — № 5. — С. 4—10.
3. Бройтигам, В. Психосоматическая медицина / Бройтигам В., Кристиан П., фон Рад М. — М.: ГЭОТАР-Медицина, 1999. — 376 с.
4. Вейн, А. М. Панические атаки / А. М. Вейн // Международный медицинский журнал. — 1997. — № 3. — С. 75—79.
5. Гельдер, М. Оксфордское руководство по психиатрии / Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р.; пер.с англ. — Киев: Сфера, 1997. — Т. 2. — 435 с.
6. Гиндикин, В. Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства: Справочник / В. Я. Гиндикин. — К., 1997. — 104 с.

7. Маколкин, В. И. Нейроциркуляторная дистония (Клиника, диагностика, лечение) / Маколкин В. И., Аббакумов С. А., Сапожникова А. А. — Чебоксары, 1995.

8. Марилов, В. В. Личностные особенности и характер психических нарушений при синдроме раздражения толстой кишки / Марилов В. В., Коркина М. В., Есаулов В. И. // Социальная и клиническая психиатрия. — 2000. — Т. 10, № 4. — С. 21—27.

9. Генеалогия, механизмы формирования, клиника и основные принципы терапии соматоформных расстройств / [Михайлов Б. В., Сарвир И. Н., Чугунов В. В., Мирошниченко Н. В. // Медицинские исследования. — 2001. — Т. 1, вып. 1. — С. 36—38.

10. Психічне здоров'я як складова подальшого розвитку нації (підсумки за 10 років незалежності України) / [Москаленко В. Ф., Горбань Є. М., Табачников С. І., Волошин П. В.] // Архів психіатрії. — 2001. — № 4.

11. Пограничная психическая патология в общемедицинской практике; под ред. А. Б. Смулевича. — М.: Русский врач, 2000. — С. 78—105.

12. Покалев, Г. М. Нейроциркуляторная дистония / Г. М. Покалев. — Н. Новгород, 1994.

13. Савицкий, Н. Н. Биофизические основы кровообращения и клинические методы изучения гемодинамики / Н. Н. Савицкий. — Ленинград, 1963.

14. Сарториус, Н. Понимание МКБ-10. Классификация психических расстройств / Н. Сарториус. — Киев, 1997.

15. Табачников, С. И. Психосоматические расстройства и постчернобыльский синдром / С. И. Табачников, С. В. Титиевский // Doctor. — 2002. — № 6. — С. 14—16.

16. Тополянский В. Д. Психосоматические расстройства / В. Д. Тополянский, М. В. Струковская. — М.: Медицина, 1986. — 384 с.

17. Концепция соматизации. История и современное состояние / [Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г., Довженко Т. В. и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. — 2000. — Т. 10. — № 4. — С. 81—97.

18. Alexander, F. Psychosomatische Medizin / F. Alexander. — Berlin — New York: De Gruyter, 1950. — 2 Aufl.

19. Keller, R. Somatization. Theories and Research / R. Keller // J. Nerv. Ment. Dis. — 1990. — Vol. 3. — P. 150—178.

20. Rief, W. Somatisierungstoerung und Hypochondrie / W. Rief, W. Hiller. — Goettingen — Bern — Toronto — Seattle: Hogrefe, Verlag für Psychologie, 1990.

21. Selye H. The stress of life / H. Selye. — New York: McGraw — Hill Book Co., 19.

Надійшла до редакції 26.01.2011 р.

О. І. Кудінова

Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків)

Клініка, діагностика та принципи психотерапевтичної корекції соматоформної дисфункції серцево-судинної системи

Було проведено комплексне клініко-психопатологічне та психопатологічне дослідження 97 хворих з СВДССС. Виділені провідні клінічні синдроми — кардіалгічний у 78 %, аритмічний у 12 % хворих. У всіх хворих встановлено підвищення рівня депресії, особистісної та реактивної тривожності. Проведена стратифікація патогенетичних механізмів СВДССС, встановлені принципи побудови психотерапевтичної корекції.

Ключові слова: соматоформна вегетативна дисфункція серцево-судинної системи, патогенетичні механізми, психотерапія.

O. I. Kudinova

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education (Kharkiv)

Clinic, diagnostic and psychotherapy of somatoform vegetative dysfunction of somatoform vegetative dysfunction of cardiovascular system

97 patients on somatoform vegetative dysfunction of cardiovascular system was investigated with clinical psychodiagnostic methods. The main syndromes — cardialgic in 78 % and dysrhythmic in 12 % patients was offered. All of patients demonstrated high level of depression and personality anxiety.

The level stratification of pathogenic mechanisms was performed, as well as psychotherapy principles.

Keywords: somatoform vegetative dysfunction of cardiovascular system, pathogenic mechanism, psychotherapy.