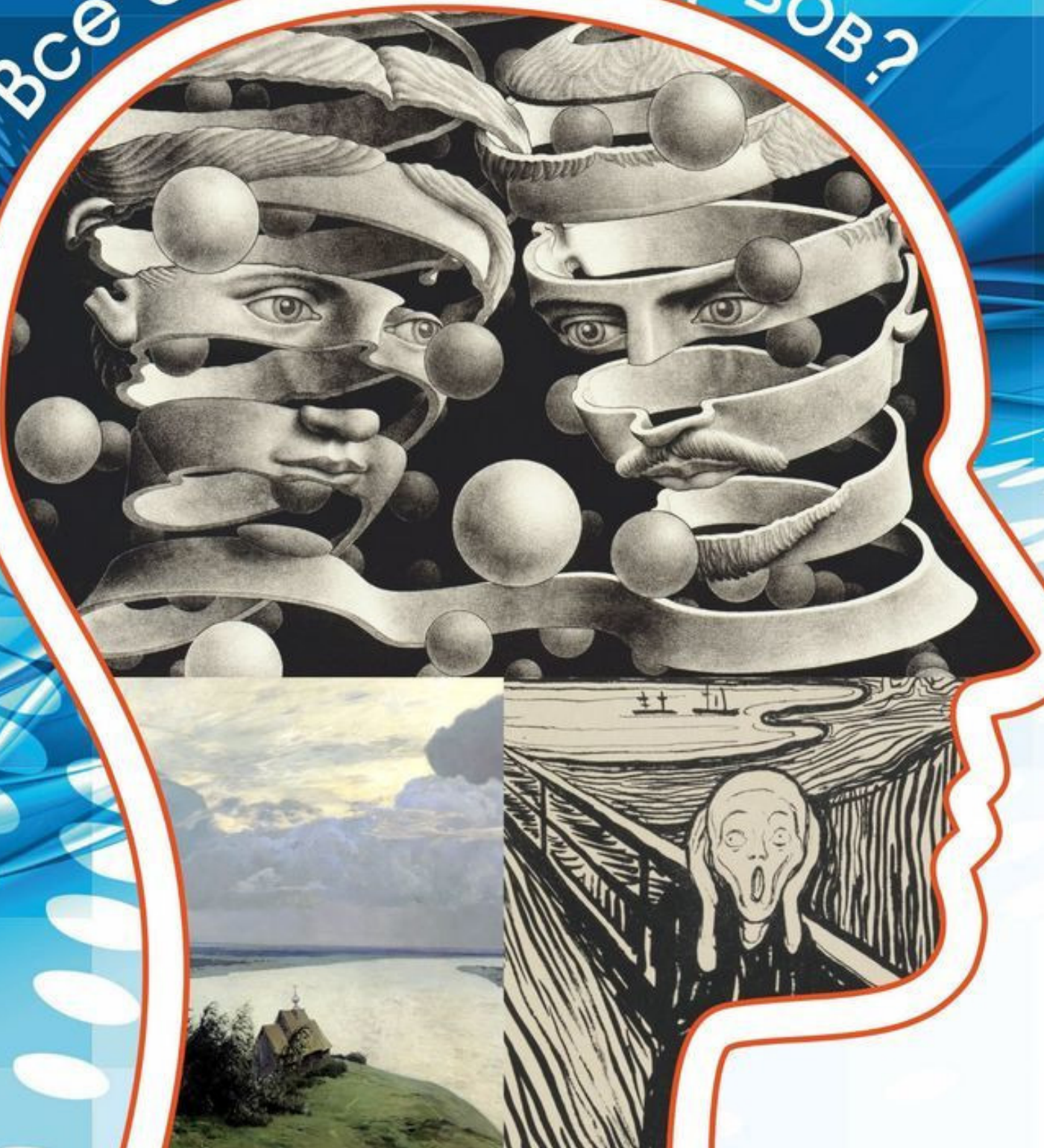
Александра ШВЕЦ Лариса КОРОЛЕВА

18+

БЕЗ ПАНИКИ!

Все болезни от нервов?



Лариса Королева

Без паники! Все болезни от нервов?

«Издательские решения»

Королева Л.

Без паники! Все болезни от нервов? / Л. Королева — «Издательские решения»,

ISBN 978-5-00-603288-0

Что такое психосоматика? Одни считают, что это иллюзия, никаких ощущений в теле нет, а панические атаки — учащенное сердцебиение, ком в горле, спазм в животе — это только «кажется». Другие говорят, что депрессии не существует, надо просто «взять себя в руки», и жизнь наладится.Доктор Александра Швец в беседах с писателем Ларисой Королёвой рассказывает о роли хронического стресса в развитии психосоматических заболеваний, о биологической природе тревожно-депрессивных расстройств и их лечении.

ISBN 978-5-00-603288-0

© Королева Л.
© Издательские решения

Содержание

Здравствуйте! 6
Зачем тревога нам дана? 8
Панические атаки не смертельны 21
Депрессия может настигнуть человека в любом возрасте, деменция – в пожилом 26
О диагнозах, которых больше нет, и о тех, что появились 34
«Вегетососудистая дистония: когда тело сигнализирует о проблемах в психоэмоциональной сфере» 44
Когда жизнь не радует, или что такое ангедония 47
Конец ознакомительного фрагмента. 52

Без паники!
Все болезни от нервов?

Александра ШВЕЦ
Лариса КОРОЛЕВА

Иллюстратор Ольга ЯКУШИНА

© Александра ШВЕЦ, 2023
© Лариса КОРОЛЕВА, 2023
© Ольга ЯКУШИНА, иллюстрации, 2023

ISBN 978-5-0060-3288-0
Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

Здравствуйте!

Эта книга появилась как абсолютная необходимость для консультирования пациентов врача-невролога. Хорошо, чтобы её прочитали врачи всех специальностей. Начиная с 70-х годов XX века, то есть за последние 50 лет, количество людей с тревожно-невротическими и депрессивными расстройствами выросло в разы.

Не все врачи в полной мере осведомлены об этой тенденции. В настоящее время 60% больных на приёме любого специалиста в поликлинике или частном медицинском центре являются пациентами с психосоматическими заболеваниями, а обострение болезни, как правило, связано с острым или хроническим стрессом.

Не имея медицинского образования, сложно разобраться в причинах плохого самочувствия. Важно вовремя обратиться к врачу, а не пытаться помочь себе с помощью витаминов и биологических добавок, рекламируемых в социальных сетях.

Лабораторная и инструментальная диагностика организма – важная составляющая для постановки диагноза. Однако, если всё обследовано, лечение назначено, проходят месяцы, а эффекта нет, или после курса лечения, назначенного терапевтом, через какое-то время проблемы возвращаются, то стоит обратиться за консультацией к неврологу или психиатру-психотерапевту.

Возможно, причина болезни кроется в расстройстве надсегментарной вегетативной нервной системы, то есть, тех зон мозга, которые реагируют на психоэмоционально значимые факторы, из-за чего нарушается управление работой внутренних органов, сосудов и мышечной системы.

Каждому необходимо иметь представление о влиянии стресса на весь организм. Возможности современной медицины позволяют с помощью лекарственной терапии и психотерапевтических техник преодолеть непредвиденно возникающие ощущения, такие как панические атаки, необъяснимый упадок сил и хронический болевой синдром.

Зачастую человек с психосоматическим заболеванием (тревогой и/или депрессией) задает себе множество вопросов:

· Почему именно я заболел этим расстройством?
· К какому врачу обращаться?
· Какие медицинские обследования необходимы для контроля моего заболевания?
· Нужно ли соблюдать диету?
· Помогут ли мне избавиться от тревоги и/или депрессии усиленные занятия спортом?
· Можно ли обойтись без таблеток при лечении психосоматического расстройства?
· Как долго мне нужно лечиться?
· Возможно ли вылечиться навсегда?

Эта книга поможет пациентам с тревожно-депрессивным расстройством. А если это именно вы, то в процессе прочтения вы получите ответы на все вышеперечисленные вопросы и приобретёте необходимые знания о лечении психосоматических заболеваний.

Обратившись к врачу, и получив соответствующее лечение, вы улучшите своё самочувствие, вернёте работоспособность, снова станете активным, уравновешенным и деятельным. Даже если симптомы болезни будут периодически возвращаться, вы будете знать, как быстро их преодолеть и снова вернуть хорошее самочувствие.

Периодически возвращайтесь к прочтению этой книги, обсудите её содержание со своими близкими и друзьями. Это поможет им лучше понять суть психосоматических расстройств и ваше самочувствие.

Пациенты нуждаются в медицинских знаниях, соответствующих современному уровню науки, но изложенных в доступной форме.

Это и подвигло врача Александру Швец и писателя Ларису Королёву к написанию этой книги.

С надеждой на вашу заинтересованность в прочтении этой работы от имени множества уже выздоровевших пациентов вас приветствует

доктор Александра Швец.

Зачем тревога нам дана?

Тревожное расстройство – это состояние, при котором человек испытывает различные по степени выраженности чувства страха и тревоги. Страх – реакция на реальные события, происходящие в настоящее время, а тревога – это беспокойство, не связанное с реальной угрозой. Эти чувства могут вызвать такие психосоматические проявления как головокружение, учащённое сердцебиение, спазмы горла и желудка и др.

– В каких ситуациях тревожность – это нормальное явление, а в каких – признак заболевания, и в чём оно выражается?

– Тревога – это реакция организма на какое-то событие, которое может вызвать ответные действия по принципу «бей или беги». Таким образом, тревога имеет две стороны – это либо испуг, либо агрессия, но в обоих случаях человек вынужден принимать меры по самозащите: то ли ретироваться от противника, то ли бороться за себя.

Впервые понятие «бей или беги» ввёл в 1929 году Уолтер Кеннон, американский психофизиолог и доктор медицинских наук, он описал этим термином реакцию животных на опасность. Позже учёные пришли к выводу, что подобный механизм действует и на человека, но цепочка длиннее и включает четыре возможные реакции, которые условно принято обозначать «замри, беги, бей, сдавайся».

Первая реакция – замереть хотя бы на секунду, чтобы оценить ситуацию, таящуюся в ней угрозу и доступные способы спасения. К примеру, в квартире произошло возгорание, и надо понять, насколько это опасно, после чего принять решение: загасить огонь, если это ещё возможно, или покинуть помещение, то есть, «бей или беги». Если же ни то, ни другое невозможно, остаётся лишь ждать спасения со стороны, то есть, замереть – сдаться. В случае с пожаром, состояние «замри» однозначно опасно для жизни.

Нашим современникам уже не приходится спасаться от диких зверей, разве что в экстремальных ситуациях, да и драки в цивилизованном мире случаются всё реже. Опасности стали другими, но реакция мозга осталась прежней, хотя реагировать на события чаще приходится не на физическом, а на ментальном уровне. Нас заботят проблемы в личной жизни, здоровье близких, финансовое благополучие, отношения в семье и коллективе.

С женой (мужем) и начальником даже в переносном смысле очень редко возможны варианты «бей или беги», иначе рискуешь остаться без семьи и без работы. Можно затаиться на время и подумать, как выйти из конфликта, а потом попытаться либо отстоять свои интересы, либо отступить: развестись с женой (мужем), уволиться со службы. Но если человек придёт к выводу, что нет ни возможностей, ни ресурсов для решения проблемы, то она его поглотит. Сдавшись, он остаётся в оцепенелом состоянии и годами терпит то, что его не устраивает – скандалы, неуважение, принижение своих достоинств.

Если события настолько напряжённые, что непонятны перспективы их дальнейшего развития, а ситуация не имеет временного окончания, у человека возникает реакция на неопределённость. Это физиологическая тревога в ответ на стресс и бремя ответственности за принятие решения. И это нормально.

Но это состояние может перейти в патологическую тревогу, и это уже не эмоциональное ощущение, когда «мысли бегают по кругу», как думают пациенты, а физическое состояние, которое пришлось испытать почти каждому, кто сдавал экзамен, ссорился с членами семьи и конфликтовал с начальником.

Это внутреннее неприятное ощущение, когда колотится сердце, напряжены мышцы брюшной стенки, шеи или лица, болит или ноет живот, появляется ощущение сдавливания глотки, будто снаружи накинута удавка, или внутри образовался ком. Может возникнуть голо-

вокружение, ощущение нахождения в невесомости, заложенность ушей, подобная той, которая случается, когда поднимаешься на большую высоту.

И всё это уже не привязано ни к какому событию, как смерть близкого человека, расставание с любимым или сложности на работе. Все неприятности прошли, а физические ощущения, что колотится сердце, не хватает дыхания, и схватывает живот осталось.

И тогда человек начинает искать врача, чтобы понять, что происходит с организмом и скорее избавиться от этого. Если проблема с глоткой – идёт к эндокринологу, считая, что его щитовидка беспокоит. Если головокружения и головные боли – ищёт невролога, думая, что у него что-то с сосудами. По «каждому этажу» организма, начиная с макушки и заканчивая пятками, можно найти специалиста, но при этом врачи не находят у пациента никакой патологии, потому что органические структуры у него не нарушены, есть только функциональные нарушения работы внутренних органов и спазмирование (зажимы) мышц. Но человек же не придумал, что ему нечем дышать или сложно глотать! Он действительно это ощущает.

– Иногда необходимость принятия решения отнимает столько сил, что их уже не остаётся на действие. Как лучше поступить, когда находишься в ситуации выбора?

– Мучительно перебирать в уме бесконечные варианты – значит, зря растрачивать энергию. И чем дольше времени отводится на выбор, тем больше потрачено сил. Страх поступить неправильно парализует волю и мешает мыслить рационально. В такой ситуации лучше расслабиться, снять напряжение, прислушаться к своей интуиции. Важно также осознать, что идеальных решений не бывает, каждое из них может иметь непредвиденные и даже нежелательные последствия.

Однако при этом в любой конкретной ситуации для вас всегда найдётся лучший вариант из всех возможных. На нём и надо остановиться, но быть готовым, если что-то пойдёт не так. Всегда можно скорректировать и улучшить своё решение с учетом изменения ситуации и появления новых вводных. При этом хорошо иметь в виду и запасные варианты, которые могут стать спасательным кругом.

Главное – снять напряжение при необходимости совершения выбора и остановиться на том варианте, который кажется самым подходящим. Да, никто не гарантирован от ошибки, но когда человек перестаёт бестолково метаться из стороны в сторону и всё же принимает решение – сразу появляются силы и возможности для его реализации. Есть цель – находятся и средства.

– Страх выбора – это нежелание брать на себя ответственность?

– Тот, кто не хочет брать на себя ответственность за свои решения, в результате получает груз задач, сваленных на него извне кем-то из ближнего окружения. Очень просто в оправдание сказать самому себе, что этого хочет мама, а с ней лучше не спорить, или начальник считает, что решить проблему нужно именно так, как ему виднее, даже если это противоречит логике. Но если слепо следовать чужим эгоистичным желаниям и бездумно выполнять чьи-то нелепые указания, то придётся отвечать не только личными неудачами, но порой и по статьям закона.

Бывает, что определиться с выбором никак не получается, тогда попробуйте отпустить ситуацию и отложить принятие решения на какое-то время. Например, в ожидании лучшего предложения или варианта. Это тоже активная позиция, но она не отнимает энергию, а направляет её в нужное русло.

Хотя и в этом положении может случиться, что выбор за вас успеет принять кто-то другой. Например, пока раздумываешь, развестись ли с мужем или и дальше терпеть его измены, он уйдёт сам, и тогда возникнет ощущение брошенности, и расставание покажется страшной потерей. А начальник, пока сотрудник терзается, не покинуть ли нелюбимую работу, заметит

его настроение и сам предложит уволиться, и тогда станет очень обидно, что не ценили и так запросто выставили. Так что, наверное, всё же лучше не отдавать свою жизнь в чужие руки, а рулить ею самостоятельно.

– Кто больше подвержен тревожным расстройствам – мужчины или женщины?

– Конечно, женщины, это связано с особенностями их психологического восприятия событий, у мужчин эмоциональность менее выражена в отношении таких волнительных моментов, как личная жизнь, воспитание детей, забота о родителях.

– А, может, мужчины умело скрывают свои эмоции, поскольку им не положено проявлять слабость, и не обращаются к врачам, потому и реже попадают «в статистку»?

– Есть и такой момент. Но мужчины более склонны к различным зависимостям – алкогольной, табачной, игровой, и свою тревожность они пытаются «лечить» вот такими способами. А женщины, помимо повышенной эмоциональности, подвержены ещё и гормональным всплескам. Достаточно только вспомнить, что с ними происходит во время «предменструального синдрома» или в периоды «климактерической депрессии». У мужчин таких частых или резких перепадов гормонального фона не бывает.

– Из-за чего тревожность испытывают мужчины, а из-за чего – женщины?

– Мужчины спокойнее переживают влюблённости и расставания, они более реалистичны в жизненных подходах и менее склонны прокручивать в голове воображаемые негативные ситуации. Как в анекдотической ситуации. Семейная пара лежит в постели, и дама думает: «Он не хочет меня обнять, наверное, представляет в мечтах какую-нибудь сексуальную блондинку», а он на самом деле настраивается на завтрашнюю охоту: «Ружьё приготовил, надо не забыть закуску положить».

К тревожности склонны мужчины с «женским типом» восприятия мира, если они очень ответственны, и у них повышена эмоциональность, которую они подавляют и сдерживают, в то время как внутри у них всё кипит и бурлит.

– Люди условно делятся на экстравертов и интровертов. Кому сложнее сохранять спокойствие, кто чаще становится жертвой тревожности?

– И те, кто любит общение, и те, кто предпочитает одиночество, подвержены тревоге. При этом внешнее спокойствие не исключает внутреннего напряжения. Многие мои пациентки говорят: «Люди думают, что если я постоянно улыбаюсь, то у меня всё замечательно. А у меня и в самом деле всё прекрасно, но я почему-то испытываю внутренние проявления напряжённости, страдаю от бессонницы. Мозг сам по себе работает в тревожном режиме».

– А среди типов темпераментов – холерики, сангвиники, флегматики, меланхолики – кто чаще тревожится?

– Холерики чаще проявляют агрессивность. В ситуации «бей или беги» они предпочитают первое и бьют, не всегда это происходит в прямом смысле, они могут «ударить» словами, оскорблениями. Остальные типы темпераментов предпочитают варианты «беги» или «затаись», и потому более склонны к проявлению внутренней тревоги. Напомню, мы говорим сейчас не о моральном беспокойстве, а о физических ощущениях, к которым приводит тревожное расстройство.

– Если в то время как мои близкие летят на самолёте, я волнуюсь, и потому отслеживаю их рейс на экране компьютера в режиме онлайн. Это нормально?

– Это эмоциональные переживания, которые не перешли на физический уровень. Страшно, если человек уже представил себе, что самолёт упал и разбился, все погибли, и он испытывает горечь потери, заливается слезами и задыхается от горя.

Можно привести простейшую аналогию между нормальной тревогой и болезненной. Человек резал мясо, поранил руку. Один спокойно обрабатывает рану, а в случае слишком глубокого пореза обращается к врачу, чтобы наложили швы. Другой начинает бестолково метаться, буквально физически ощущая, что началось заражение крови, или сейчас она вся вытечет, и он умрёт от кровопотери. В первом случае реакция пострадавшего направлена на устранение проблемы – действуй, а во втором – на усугубление – сдавайся.

– Но почему происходят такие неадекватные реакции на неслучившиеся события и поправимые ситуации?

– В височной доле головного мозга расположен отдел, который называется «амигдала», в переводе на русский, «миндалина», отвечающая за эмоциональные реакции в целом и за генерацию страха в частности. Это миндалевидное тело может генерировать электрические волны, которые вызывают ощущение тревожности, что происходит из-за гормональных всплесков. Большое значение имеет ранний детский опыт, где-то до десяти, а то и до пятнадцати лет, который связан с различными неприятными моментами, или длящегося месяцами негативного психологического воздействия, плохого обращения, сексуальных домогательств как к девочкам, так и к мальчикам. Такое случается не так редко, но в большинстве случаев замалчивается, и только в последние 10—20 лет эта тема стала озвучиваться чаще.

Недавно я общалась в социальных сетях с одной американкой. Мы говорили не на медицинские темы, а про домашних питомцев – попугайчиков. И вдруг я увидела, что она подняла на своей страничке тему, связанную с массой тела. Она хочет похудеть. Я спросила, какой у неё рост и вес. Оказалось, что 165 см при 85 кг.

– Не такая уж вы и толстая, – написала я.

А женщина ответила:

– А вы посмотрите, какая я была красивая на старых фото, когда весила 65.

– Так, может быть, надо какие-то лекарства принимать?

– Я пью антидепрессанты.

Я уточнила, какой конкретно препарат она принимает, и написала:

– Это лекарство вызывает прибавку в весе, поменяйте его на другое. Зачем вы вообще его пьёте? Может, вам начать принимать препараты от лишнего веса, вы похудеете, и тогда уйдёт депрессивное состояние?

– Моё депрессивное состояние связано не с лишним весом, а с тем, что меня в пятнадцать лет изнасиловал отчим.

Тема деликатная, подробности выяснять неловко, и я односложно спросила:

– А как же ваша мама? Где и с кем она сейчас живёт?

– Я скрываю этот случай всю жизнь. Сейчас мне тридцать шесть, и мама всё так же живёт со своим вторым мужем, тем самым отчимом. Она ничего не знает. А я пью антидепрессанты, иначе «The things get bad».

Дословно это выражение переводится как «вещи становятся плохими», «жизнь становится не мила», то есть, всё плохо, мир вокруг гаснет.

Немало таких историй. Некоторым кажется, что сексуальные домогательства и насилие – это «где-то там, заграницей, мол, у нас-то такого нет». Десятилетиями в СССР эти темы не поднимались ни в прессе, ни где-либо ещё. Однако все эти явления существовали и существуют и у нас.

Недавно моя подруга рассказала, что никак не могла найти общий язык с молодой коллегой двадцати трёх лет, своей подчинённой. Сотрудница в самые неожиданные моменты дей-

ствовала наперекор служебным инструкциям, чем нарушала порядок работы отдела, и всем приходилось получать выговоры от вышестоящего начальства. На замечания по поводу работы реагировала болезненно, по несколько дней ходила молча и с нахмуренным видом. Потом «тучи» расходились, и некоторое время всё было нормально. Однако потом всё повторялось.

Подруга как-то не выдержала и спросила: «Что происходит? Откуда в тебе столько негатива?» Та расплакалась и ответила: «У меня есть претензии к этому миру. Меня в десять лет изнасиловали». Хорошо, что моя подруга нашла возможность наладить контакт, и девушка постепенно изменилась в лучшую сторону, работа наладилась.

Многие психологические проблемы уходят корнями в детство. Если на ребёнка оказывается негативное нравственное или физическое воздействие, возрастает возможность повышенной возбудимости центров головного мозга, связанных с реакцией на стресс, что приводит к развитию патологической тревожности. Очень большое значение имеет разлука с матерью в раннем детстве, (до трёх-четырёх лет), или смерть мамы, когда ребёнку не было ещё 10 лет. Важно отметить, что речь идёт не об обоих родителях, а именно о матери. В этом явлении есть определенные биологические эволюционные основы.

Стресс в раннем возрасте оказывает влияние даже на строение ДНК. У каждой её молекулы имеются окончания, защитные концевые участки хромосом, которые называются «теломеры», функция их заключается в поддержании целостности ДНК и защите наших генов. Теломеры – это своеобразные «счётчики», которые отсчитывают время существования клеток и влияют на продолжительность жизни человека, а также на качество его здоровья.

И если ребёнок в возрасте до 15 лет подвергался негативному психологическому или физическому воздействию, то теломеры укорачиваются, и уменьшается потенциал здоровья и долголетия. На эти факторы влияет также хронический стресс и депрессия, такие качества характера как пессимизм, враждебность, импульсивность.

– Известны случаи, когда несовершеннолетние падчерицы заявляли о том, что отчим к ней пристаёт, или уже взрослые люди обвиняли в сексуальных домогательствах певцов, политиков, тогда как на самом деле ничего такого не было.

– В первом случае – это шантаж с целью добиться каких-то личных поблажек или желание избавиться от сожителя матери, который не нравится, «открыть всем на него глаза», опозорить, отправить за решётку. Во втором – способ очернить известных личностей, чтобы устроить скандал в прессе и таким образом прославиться самому.

– Насколько на повышенную тревожность влияет климат и время года? Например, метеорологи называют ноябрь самым депрессивным месяцем в году. Психологи говорят, что это конец января и февраль, когда все праздники позади, эйфория от торжеств прошла, и к тому же человек устал от периода короткого светового дня. Где же правда?

– Есть формы тревожно-депрессивных состояний, которые возникают именно осенью или зимой. Это так называемые сезонные аффективные расстройства. В это время понижается атмосферное давление, солнце редко пробивается сквозь тучи, исчезают летние овощи и фрукты. Происходит изменение биохимии головного мозга, когда от нехватки солнечного света вырабатывается меньше серотонина – нейромедиатора, который обеспечивает состояние невосприимчивости к негативным эмоциональным воздействиям. Серотонин неверно называют «гормоном счастья», им на самом деле является дофамин. А серотонин – нейромедиатор отсутствия плохих эмоций, дающий эмоциональное спокойствие и баланс тонусу сосудов и мышц.

Когда светит яркое летнее солнце, серотонина больше, а зимой, когда солнечного света не хватает, люди жалуются: «Я метеочувствительный. В плохую погоду я чувствую себя подавленным. Стоит только выйти солнышку, и мне становится лучше».

Страшным последствием депрессии является суицид. Депрессия не выбирает времени года, и самоубийства случаются, как в «депрессивные» месяцы осени и зимы, так и в солнечные сезоны. Депрессию необходимо активно выявлять и лечить, помочь могут врачи-неврологи и психологи. Здесь не работают уговоры в стиле: «Возьми себя в руки», как часто предлагают в таких случаях родственники и знакомые. Необходимо медикаментозное лечение – антидепрессанты, транквилизаторы и нейролептики. Лечение тяжелых депрессий должно проводиться только психиатром.

– Количество суицидов во всём мире в последние десятилетия неуклонно падает, но Россия по-прежнему в первых строчках таблиц ВОЗ по этому показателю. Почему россияне жить не хотят?

– Мы очень эмоциональны, но при этом достаточно материалистичны, сильно переживаем, если у нас финансовые проблемы – с зарплатами, квартирами, машинами. И если сравнить нашу страну с солнечными Таиландом или Индией, то подавляющее число жителей в них бедны, тем не менее, количество суицидов на душу населения в этих странах меньше.

Это зависит ещё и от уровня религиозности в стране. В каждой религии Бог называется по-своему, но главный постулат о том, что связь Бога и человека важнее, чем отношения между собой противоположных полов, женщин и мужчин. И когда жители страны религиозны, восприятие межличностных любовных отношений с самого детства становится вторичным компонентом жизни, а первичным – служение Богу. При таком воспитании меньше шансов покончить с жизнью из-за несчастной любви или недостатка материальных благ.

Кроме того, в странах, исповедующих буддизм, бедные люди и представители низших каст, верящие в реинкарнацию, считают, что надо достойно пройти земной путь. И тогда в следующей жизни они родятся в богатых семьях и будут вознаграждены за нынешние лишения.

– Есть такое выражение «беспокоиться – значит, веселить дьявола», а уныние – один из смертных грехов. Может, мы просто не умеем принимать то, что всё в Божьих руках, надо смириться и не истерить по любому поводу?

– Есть поговорка «на Бога надейся, а сам не плошай». Это совсем не о том, что надо забыть о Боге, а о том, что для своего выздоровления и спасения надо действовать. В случае болезни надо обратиться к врачу, об этом говорится в каждой религии.

– Христос и сам врачевал.

– А вот здесь можно уйти в ересь, потому что развелось много дельцов, которые, чтобы заработать денег, тоже начинают «исцелять». То молитвы читают над человеком, то придумывают какие-то заговоры с выливанием воска, ношением амулетов, и так далее…

Я имею в виду, что необходимо обращаться к врачам официальной медицины, основанной на научных исследованиях. Если у человека тревожное или депрессивное состояние, не стоит уповать на «бабок», нужно пойти на приём к неврологу или психиатру и рассказать о своих проблемах. Чаще всего люди доходят до врача лет через 10 от начала тех проявлений, о которых мы сейчас говорим. Потому что до этого они ходили к подобным «специалистам»: к бабкам, гадалкам, «доморощенным» психологам, которые затянули человека на свою орбиту.

Можно обращаться к клиническому психологу на длительную терапию беседами. Но, учитывая, что развитие тревоги и депрессии имеет механизмы биологические, а не только эмоционально-разговорные, то пациенту необходима медикаментозная терапия. И чем раньше человек обратится к врачу, тем проще будет ему помочь.

И подчёркиваю, что это должен быть невролог или психиатр, потому что терапевт не всегда может понять, что у пациента тревожно-депрессивное расстройство. Он начнёт лечить кардиологическими препаратами (от давления и сердцебиения) или лекарствами, улучшающими дыхание. Но симптомы проходить не будут, потому что у такого пациента психосоматическое расстройство, причина которого – нарушение регуляции деятельности нервной системы.

Головной мозг контролирует работу внутренних органов, а также тонус тех мышц внутренних органов и сосудов, которые мы не можем регулировать самостоятельно. Мы можем дать команду мышцам своего тела: поднять руку, повернуть голову, присесть и отжаться. Но бессмысленно говорить своему сердцу, которое является мышечным органом: бейся медленнее, бейся быстрее. Мы не можем приказать своему кишечнику: перестань спазмироваться и звать меня в туалет. Эти мышцы не подвергаются сознательной регуляции.

– А может ли медитация или молитва помочь успокоиться и достичь душевного равновесия?

– Немедикаментозные методы коррекции самочувствия, такие как молитва, медитация, дыхание по различным техникам, безусловно, очень важны. И человек сам может оценить, насколько они ему помогают. Если у него тревожность невысокой степени, эти методы могут посодействовать в улучшении самочувствия. Если же тревожность постоянная и сильно выраженная, эти методы можно продолжать применять, но обязательно обратиться к врачу.

– Гадалки – хорошие психологи и говорят то, что человек хочет услышать. «У тебя сейчас неприятности, но скоро всё будет хорошо». Человек верит и настраивается на лучший лад. Чем не терапия?

– Гадалка может сказать всё, что угодно, это же не робот, запрограммированный на только хорошее вещание. Я, как православный человек, вообще не воспринимаю никакие варианты «лечения» с использованием мистики и оккультизма. Вопрос в том, почему гадалка, целитель выбрали эту «специальность»? Как правило, такие «прорицатели» – это люди, которые нашли для себя такой способ материального обеспечения, и они не хотят упускать клиента из виду. Гадалки могут воздействовать на психику человека заявлениями, типа: у тебя сглаз, порча, венец безбрачия, и для того, чтобы снять его, надо пойти к такому-то «колдуну» или «магу», с которым у них налажена схема сотрудничества, «подельничества». Или же «ясновидящая» использует приемы, связанные с религией: предлагает клиенту сходить в семь разных храмов и поставить семь свечек, а потом вернуться к ней через такое-то время – закрепить результат. И человек попадает в зависимость, в некий круговорот постоянного присутствия на орбите этой гадалки или целителя.

Это достаточно опасная сфера, и я бы предостерегла людей связываться с оккультизмом, который затягивает, как любая форма зависимости. Если начать пить алкоголь и курить сигареты, то можно хотя бы самому принимать решение, хочешь ли ты продолжать это делать, или нет. Но попасть в зависимость от другого человека значительно опаснее, потому что появляется чувство долга и ощущение вины, ведь ты обещал, что вернёшься, что выполнишь вот это и вот это. Ты ведь сигарете ничего не обещал, и коньяку – тоже. Хочешь – пьёшь, хочешь – куришь, хочешь – нет. Эти пристрастия не будут тебя обвинять в том, что ты от них отказался, а вот человек может создать такую взаимосвязь между тобой и собой, которая станет казаться магической.

– Как-то один молодой человек сказал мне, что никогда не пойдёт к гадалке. А то вдруг она скажет, что у него по судьбе две жены? И что ему потом делать? Жить с первой и думать, что будет вторая?

– Известный певец вышел из подобной ситуации оригинальным способом. Он развёлся со своей женой и снова зарегистрировал с ней брак. Так он решил для себя исход предсказания. А вот другая история, в результате которой произошло много неприятностей. Дочь одной моей знакомой сходила узнать свою судьбу за компанию с подружкой. Гадалка сообщила, что девушка скоро отправится в поездку, где у неё произойдёт ссора с родственниками, но всё уладится. Так и случилось. И потому девушка поверила и во вторую часть предсказания – она выйдет замуж за иностранца, который живёт в доме у моря, и он увезёт её в свою страну.

В ожидании заморского принца потенциальная невеста ездила в зарубежные поездки то в Италию, то в Грецию, регистрировалась на сайтах знакомств с иностранцами, нарывалась то на мошенников, то на альфонсов. Но упорно отказывалась встречаться с мужчинами из своего города, которым нравилась. Годы шли, и вместо нагаданного замужества возникла тяжёлая депрессия…

– Каждый врач, скорее всего, видит в пациенте заболевания по своему профилю. Если человек приходит к неврологу с жалобами на то, что он задыхается, сердце колотится, врач может предположить, что это тревожное расстройство. А вдруг у пациента и правда проблемы с горлом или сердцем?

– Невролог ставит диагноз «тревожное расстройство» после исключения списка всех состояний, которые могут обусловливать ощущения пациента. Как правило, человек не сразу бежит к неврологу, а обращается сначала к терапевту, лор-врачу, кардиологу. В свете сегодняшней ситуации многие, испытывая проблемы с дыханием и сердцебиением, думают, что у них ковид. Если результат тестов на коронавирус отрицательный, терапевт направляет на обследование к специалистам по заболеваниям сердечно-сосудистой системы. И только после того, как исключаются возможные проблемы в этой области, пациент оказывается у невролога.

– А если всё произошло наоборот? Начитался человек в Интернете про симптомы панических атак, сам себе диагноз поставил – и пришёл к вам на приём?

– Отправлю проходить обследование к специалистам, по профилю которых у него есть жалобы. К примеру, человек говорит, что у него частое мочеиспускание, и при этом ничего не болит, не колет, не режет. Но в какой-то обстановке (на работе, в техникуме, при неприятном разговоре с родственником, или дома утром перед выходом на работу или вечером, когда темнеет), каждые пять минут он чувствует, что ему надо сходить в туалет. Естественно, врач сначала должен отправить мужчину на обследование к урологу, а женщину – и к урологу, и к гинекологу. Специалисты вынесут вердикт – есть ли воспаление, или его нет. Если по урологии (гинекологии) «все спокойно», то пациент возвращается к неврологу.

Каждый врач должен задавать вопросы о состоянии здоровья в целом. Например, сомнолог Михаил Полуэктов, говорит, что хорошо бы врачам задавать пациентам вопрос: «Как вы спали?» Если у человека прерывистый сон, частые пробуждения, или он долго не может заснуть, просыпается среди ночи или под утро, то это сигналы о том, что у него перевозбуждённая нервная система, и это требует лечения. И почему он просыпается? Если у него ни сердце не болит, ни в туалет не надо, никаких других симптомов нет, а просто проснулся – и сна нет, то вопрос: почему? Очень редко врачи расспрашивают об этом прицельно и досконально.

Да и люди часто не придают значения проблемам со сном. Я спрашиваю: «Как спите?». Пациент отвечает: «Хорошо». Предлагаю: «Опишите, что значит, хорошо». – «Я часто в туалет вскакиваю, а так, нормально». Интересно, а что тогда, по его мнению, ненормально?

– Нормально – это лёг в десять-одиннадцать вечера, встал свежий и бодрый в шесть утра и пошёл на работу?

– Ну, пусть лёг в двенадцать, а встал в семь утра. Может, один раз за ночь проснулся, перевернулся, заснул дальше. А если каждый час вставал в туалет, или проснулся в два часа ночи – сна нет, как ни старался уснуть, и в итоге час-два «листал» соцсети в телефоне или смотрел телевизор, книжку читал или просто лежал, «считая овец» и пытаясь уснуть, это уже надо лечить у врача.

– Тот же сомнолог Михаил Полуэктов сказал, что нельзя выспаться впрок. Но всё, же пара лишних часов здорового сна в выходные придаёт сил и бодрости и в другие дни?

– Более 20—30 минут сна в дневное время не рекомендуется, это не полезно, так как после двухчасового дневного сна появляется разбитость, и сложно уснуть вечером. Сомнолог имел в виду, что надо ночью поспать свою норму 7—9 часов. «Давление» цивилизации не позволяет нашим современникам спать столько, сколько необходимо. Перед нами стоит задача – встать по будильнику и идти по делам.

200 лет назад не было электричества, дворяне позволяли себе балы и прочие светские собрания, расходились под утро, а потом спали до обеда. Простые люди (служащие, крестьяне) ложились спать пораньше, потому что свечки долго жечь было нельзя – стоили они дорого. Отходя ко сну часов в 9—10 вечера и вставая в 5—6 утра для того, чтобы заняться хозяйством, крестьянин или ремесленник высыпался, ведь у него не было задачи бежать спозаранку куда-то в другой район города.

Сейчас надо отвести детей в садик, школу, прийти на работу к раннему времени. А вечером много дел по дому, или чтение соцсетей, просмотр фильмов оттягивают время укладывания в постель, и человек не может нормально выспаться. А если ещё и мучает бессонница – сложно уснуть, или пробуждение среди ночи – то это вообще беда.

– Мы уже говорили о том, что зимой и осенью людей часто «накрывают» депрессивные состояния. Может, как раз в это время, если не надо никуда идти, или хотя бы в выходные и праздничные дни, лучше уходить в спячку, чтобы легче пережить нехватку солнца и плохую погоду?

– Нет. Не надо в этот период дольше спать, иначе нарушится ритм жизнедеятельности на дальнейшие сутки. Если человек поздно проснулся, ему не захочется лечь спать вовремя, то есть, часов в одиннадцать, а если и ляжет, но не сможет заснуть до часу ночи. Выбившись из привычного графика, сложно в него вернуться, и когда каникулярные и праздничные дни заканчиваются, очень сложно опять вставать в семь утра. Это называется социальный джет-лаг. Поэтому высыпаться в выходные больше, чем на час от своего обычного времени пробуждения, не рекомендуется.

– Есть ли взаимосвязь между увлечением соцсетями и тревожными расстройствами?

– «Зависание» в социальных сетях – это своего рода зависимость, причём, у некоторых очень серьёзная. 15—20 лет назад, когда телефоны были кнопочными, молодежь, (и не только), спешила домой, к компьютеру, чтобы посмотреть, какие «женихи/невесты», или просто приятели им «лайки» поставили на сайте знакомств, в Одноклассниках и других соцсетях, чтобы срочно ответить. Сейчас люди «не отлипают» от телефона на работе, в транспорте, на прогулке и вовсе не по причине и с целью знакомств.

Эта зависимость также приводит к повышенной тревожности. Но мы от этого уже не уйдём, психика современного человека и последующих поколений в этом отношении будет более подвижна, то есть, более возбудимая, легкоранимая, по сравнению с нашими предками, которые не были погружены в интернет-пространство. Но в каждом поколении свои тревожные

факторы, в 90-х годах – одни, в 2000-х – другие, и нам остаётся только принимать это явление не как «дистресс», а как стресс.

Известный канадский учёный биохимик Ганс Сервье ввёл в XX веке понятие о стрессе как о совокупности неспецифических адаптационных реакций организма на воздействие различных неблагоприятных факторов внешней среды. Выучить урок – это тоже стресс, но когда нужно выучить 10 уроков за один день – можно получить дистресс, то есть, перенапряжение нервной системы. От стрессов уйти нельзя, и они нам необходимы как стимуляция нервной системы и руководство к действию. Например, нужно поступить в вуз, подготовить лекцию, отчет, проект, взять ипотеку, кредит, устроить ребёнка в детский сад… Главное, чтобы нагрузки на нервную систему не оказались непомерными и не вылились в психическое расстройство.

– Говорят, «если вы не умеете снимать стресс, не надевайте его». К каким последствиям может привести чрезмерное увлечение социальными сетями?

– Трудно найти человека, который не имел бы профиля в соцсетях. И, конечно, на личных страничках в Одноклассниках, ВКонтакте и других соцсетях все красивы, успешны, счастливы, порой чрезмерно, хотя на самом деле это далеко не так.

Так, одна девушка вела страницу под красивым ником и публиковала свои снимки, прошедшие изрядную обработку в фотошопе. Судя по ним, она была весела и постоянно путешествовала. Это современный способ проявления себя, как раньше на ярмарках выставляли свои изделия, или просто прогуливались, демонстрируя наряды.

Раньше круг общения ограничивался родственниками, знакомыми, сослуживцами. Сейчас мы стали более изолированы от настоящего реального общения из-за образа жизни, пробок, суеты, повышенных нагрузок, и не можем так же долго общаться с близкими людьми и в коллективах, как в прошлом веке. Каждый закрыт в своём мирке, но зато появилась возможность стать открытым всему миру. Сидя дома и работая на удалёнке, очень просто и себя показать – достаточно выставить селфи, и на людей посмотреть – узнать, кто тебе поставил лайк, будь то житель твоего городка или заокеанского государства.

Девушке хотелось популярности и признания, привлечения поклонников и реальных путешествий. Она набирала сотни лайков, повышая самооценку, но эффект был кратковременным, и требовались всё новые и новые порции одобрения. Дело закончилось депрессией.

Нельзя долго притворяться придуманным персонажем, носящим чужую маску и живущим в мире нереализованных фантазий. Такое «раздвоение личности» закономерно приводит к неудовлетворённости собственной жизнью и психологическим проблемам.

Другое дело, если человек не преследует никаких иных целей, кроме как продемонстрировать свою новую причёску, приготовленный салат или домашнего питомца. Или просто делится происходящими с ним событиями, успехами детей, оригинальными рецептами, интересными идеями, но при этом остаётся в ладу с самим собой.

Негативные последствия от долгого пребывания в соцсетях могут наступить у тех, кто пытается сравнивать себя с аккаунтами якобы счастливых и успешных людей. Дочь моей пациентки постоянно рассматривала фотографии красивых девушек на сайтах, и сравнивала с ними себя. Приходила к выводу, что у неё не такая тонкая талия, не такие утончённые и изящные черты лица, не такой правильный овал лица…

И девушка досмотрелась до того, что впала в тревожное расстройство с булимией, вызыванием рвоты для того, чтобы стать худее. Это привело к анорексии, у неё начались гастроэнтерологические расстройства, желудочно-кишечный тракт получил поражения, что привело к несварению пищи, болям в желудке, вздутию живота. Гастроэнтерологи ничем помочь не могли, потому что у неё расстройство психосоматической природы: нервная система даёт

импульс кишечнику неправильно работать, и естественно, желудочно-кишечный тракт начинает от этого страдать.

Девушка пришла ко мне на консультацию, честно рассказала, что она «зависала» в соцсети и сравнивала себя с красотками, что вызывало горькое разочарование собственной внешностью, хотя на самом деле она очень симпатичная, и зря пыталась примерить на себя «кукольные» параметры, которых вообще в природе не существует. Я отправила пациентку на консультацию к психологу, и в течение года они периодически проводили беседы. В результате девушка успокоилась, и эти безумные цифры веса – 42 килограмма – дошли до приемлемых для её невысокого роста 50 кг.

– Расскажите, пожалуйста, подробнее о различных видах тревожных (невротических) расстройств. Может быть, у врачей есть конкретная классификация?

– Клинические проявления невротических расстройств разнообразны. Ранее выделялись такие формы как неврастения, истерический, депрессивный, фобический, ипохондрический неврозы, невроз навязчивых состояний. В настоящее время в МКБ-10 (Международная классификация болезней) их переименовали. Они вошли в рубрику под буквой F4 – F 40—48 «Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства».

F 40 – это тревожно-фобические расстройства.

Понятие «тревога» мы уже рассматривали. Напомню, что это чувство внутренней напряжённости, ожидание чего-то угрожающего без наличия конкретной причины, так называемая диффузная, или «плавающая» тревога. Тревога – это о будущем, в отличии от тоски, которая бывает при реакциях на уже произошедшие события или переживания. В отличии от тревоги, страх (фобия) всегда имеет объект: явление (молния, гром), человек (член коллектива или начальник), событие (полёт на самолете, выступление на публике, посещение стоматолога).

– А что такое агорафобия? В буквальном смысле это слово переводится как «страх рыночной площади». Но ведь сейчас рынки не такие, как в средневековье, и не расположены на открытых пространствах.

– Агорафобия – это состояние, когда навязчивый страх (тревога) затрагивает нахождение в открытых и больших пространствах (общественные места – супермаркет, улица, толпа во время демонстрации, театральный зал, самостоятельные поездки в транспорте, особенно на дальние от дома расстояния).

Считается, что агорафобии первично предшествует какое-то психотравмирующее событие или первое употребление наркотических средств. Затем приступы повторяются, и формируется уже страх их повторения и боязнь остаться без посторонней помощи (например, потерять сознание).

Приступ проявляется в виде сочетания целого комплекса: вегетативные (усиленное сердцебиение, потоотделение, дрожь, сухость во рту), а также, по меньшей мере, одного из следующих проявлений: со стороны органов дыхания – одышка, удушье, боли или стеснение в груди, со стороны желудка или кишечника – тошнота, боли, вздутие, позывы в туалет, со стороны головы – головокружение, дурнота, ощущение невесомости «как в космосе», по телу – приливы жара или холода, онемение кожи, пальцев кистей или стоп, общие симптомы – боязнь потерять контроль над собой, страх умереть.

Если это повторяется часто, то постепенно формируется страх повторных эпизодов, и пациент старается избегать подобных ситуаций. Некоторые даже боятся выходить из дома без сопровождения близкого человека. Это так называемое «избегающее поведение». Человек осознает, что его страхи нерациональны и неадекватны. Но он ничего не может с собой поделать. Иногда даже при мыслях о ситуации, вызывающей приступы, возникают вышеперечисленные симптомы.

Социальные фобии F 40.1

Еще одним видом страхов являются социальные фобии. К таким относятся: страх покраснеть при людях (эрейтофобия); страх показаться смешным (скопофобия); страх неудержания газов в кишечнике или рвоты в обществе; страх рассмеяться на похоронах или в неподходящем месте; страх выкрикнуть бранное слово в аудитории и прочие.

Важным является страх появления стыда и замешательства в присутствии окружающих. Такие люди боятся вызвать ироничное, снисходительное или иное негативное отношение к себе. Они начинают избегать ситуаций, в которых должны совершать какие-то действия на глазах у других людей – говорить, писать, есть, посещать общественный туалет и т. д.

Часто эти фобии формируются ещё в детстве. У одной моей знакомой дочь в младших классах никогда не питалась в школьной столовой и не ходила в туалет в течение времени пребывания на занятиях. К сожалению, мама не считала, что это необходимо обсуждать с психологом и врачом.

В дальнейшем такое поведение может сохраняться и во взрослом состоянии. Естественно, это вредно для органов пищеварения и мочевыделительной системы. При социальной фобии есть еще и такие проявления как покраснение лица, дрожь, страх рвоты, позыв к мочеиспусканию или дефекации («медвежья болезнь»).

– Есть такое явление как «страх публичных выступлений». Куда относится оно относится в МКБ-10?

– Его могут относить как социальным фобиям, так и к специфически изолированным фобиям, о которых речь пойдет чуть позже. Синдром состоит из страха ожидания психотравмирующего фактора (выступления), тревожного состояния во время самого события и желания избежать участия в нём. В отличии от агорафобии и социальных фобий, тревога при страхе публичных выступлений не сопровождается другими психопатологическими симптомами (нет страха смерти, дереализации, страха сойти с ума).

F 40.2 – специфические изолированные фобии

Насчитывается около трёхсот видов фобий. Нередко встречаются фобии, связанные со здоровьем – страх заболеть инфарктом миокарда (кардиофобия), раком (канцерофобия), страх сойти с ума (лиссофобия), получить запредельную дозу облучения при обследовании. В медицинской практике врачи часто встречаются с клаустрофобией – это боязнь замкнутого пространства (помещения).

Примером может стать обследование на МРТ, когда пациенту необходимо в течение нескольких десятков минут находиться в специальном туннеле томографа. Во время обследования человек может испытывать неприятные ощущения страха, сердцебиения, нехватки воздуха. Подобные ощущения могут возникнуть у него в лифте, в небольших помещениях, например, небольшой кабинет для иглоукалывания, физиотерапии, солярий или флоат-комната в СПА-салоне, если пациент пребывает там один). Есть виды фобий, ограниченные определенными ситуациями – конкретное животное, насекомое, страх высоты, темноты, вид крови. Специфические фобии обычно появляются в раннем детстве или молодом возрасте, и если их не лечить, могут сохраняться десятилетиями.

– Некоторые люди говорят о чувстве тревоги без указания на конкретные страхи. К какой категории относятся эти проявления?

– Подобные жалобы вписываются в категорию «Другие тревожные расстройства» (F 41)

Пациенты при этих расстройствах имеют выраженность тревоги от «свободно плавающей» до паники. При этом нет чётко описываемых страхов. Основным опасением является

ожидание какого-либо несчастья, трагедии, которые должны случиться с ним или с его близкими.

– Какой диагноз ставится пациентам с паническими атаками?

– Чуть позже мы разберём, что такое панические атаки, а пока скажу так: диагноз называется Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога). F 41.0

При этом расстройстве есть страх пребывания в общественных местах, людских толпах, сложности осуществления самостоятельных поездок, особенно на дальние расстояния от дома. В таких ситуациях пациенты начинают испытывать разнообразные ощущения: усиленное сердцебиение, дрожь, сухость во рту.

– А если выраженная тревожность в сочетании с массой других жалоб присутствует постоянно на протяжении длительного времени?

– Тогда это уже Генерализованное тревожное расстройство F41.1

Для этого диагноза характерна длительная тревога, не связанная с какими-либо конкретными ситуациями, сочетающаяся с ощущениями внутреннего напряжения, неусидчивостью и различными проявлениями по типу неприятных ощущений в области сердца или нехватки воздуха. Любое предстоящее повседневное событие превращается для пациента буквально в пытку ожидания.

Могут беспокоить также чувство дискомфорта со стороны ЖКТ, головокружение, слабость и неуверенность при ходьбе, страх смерти, страх сойти с ума, приливы жара или холода, ощущения онемения или ползания мурашек по коже или подергивания в мышцах. Такие жалобы должны длиться не менее шести месяцев. Кроме того, к ним присоединяются две другие группы симптомов – симптомы напряжения: мышечное напряжение, острые или хронические мышечные боли, беспокойство и невозможность расслабиться, чувство взвинченности, нервозности и психического напряжения, ощущение кома в горле или затруднения при глотании, а также такие неспецифические жалобы как чрезмерная реакция на какие-либо звуки (например, вздрагивание при звонке телефона, пугливость, трудности сосредоточения, ощущение пустоты в голове в связи с тревогой, стойкая раздражительность, сложность засыпания из-за озабоченности. Важно уточнить, что состояние должно быть не связано с употреблением психоактивных веществ (амфетамины, синдром отмены бензодиазепинов) или гиперфункцией щитовидной железы (гипертиреозом).

Итак, изначально тревога была дана человеку для того, чтобы уметь выживать в стрессовых ситуациях, опасных для жизни. Но с веками реальных угроз нашему существованию в мирной жизни становится всё меньше, а психологических проблем всё больше. Некоторые из них и вовсе надуманы, но приносят реальный урон психическому здоровью, приводящему к физическим недугам. Главное – вовремя разобраться, что конкретно с нами происходит.

Панические атаки не смертельны

Паническая атака – это необъяснимый и мучительный приступ тяжёлой тревоги, сопровождаемый страхом, в сочетании с соматическими симптомами: учащённый пульс, потливость, озноб, тремор. Человек ощущает внутреннюю дрожь, нехватку воздуха, головокружение, неустойчивость, тошноту. Может появиться страх потерять сознание, совершить неконтролируемый поступок, сойти с ума или умереть.

– Как ваши пациенты пережили карантин весной 2020 года, когда даже приехать на приём к врачу было невозможно, так как не всем удавалось заполучить заветный «красный» пропуск?

– Звонили по телефону. Были онлайн консультации. Когда люди заболевали ковидом, они попадали в инфекционные больницы, там им было не до невролога. А когда выписывались через две-три недели, у многих на протяжении месяца и более длительного срока возникали симптомы с нарушением сна, ощущением неполного вздоха и чувства давления в грудной клетке. Вот тогда переболевшие и начали звонить неврологам, жаловаться на слабость, ночную потливость и дневную утомляемость. Реакции стали замедленными, появилась несобранность, невозможность сконцентрироваться, решить задачу по работе. Даже письма в электронной почте прочитать и быстро на них ответить стало затруднительно.

– И что со всем этим делать неврологу?

– В первую очередь врач проводит психотерапевтическую беседу, объясняет, что любое остро-респираторное вирусное заболевание, к которым относится и ковид, могут иметь последствия в виде астенического синдрома. После перенесённого гриппа может происходить то же самое. Наберитесь терпения, попейте витамины, отоспитесь, дайте возможность организму восстановиться, «прийти в себя». Продолжайте принимать препараты, назначенные терапевтом по лечению и восстановлению после Covid-19.

Если же в течение двух недель после перенесенного заболевания всё вышеперечисленное не помогает, и состояние не улучшается, то не нужно дожидаться усугубления нарушений сна, головных болей или учащения панических атак. Невролог назначит медикаментозное лечение, порекомендует правильное питание, прогулки на свежем воздухе и всё постепенно придёт в норму. Процесс восстановления занимает от месяца до трёх, но в некоторых случаях – и до полугода.

– Это для тех, кто переболел ковидом. Но ведь были и те, кто не заразился, а поддался панике в стиле «мы все умрём»…

– Конечно, таких людей было очень много в первые месяцы пандемии, есть и сейчас. Ко мне приходили на приём и говорили: «Я так боюсь! Родственники заболели, я сильно переживал (а), а некоторые знакомые даже умерли». Тревожные люди, не болевшие ковидом, но досконально изучившие его описание, начинали чувствовать симптомы болезни и жаловались: мне давит грудь, мне нечем дышать.

Естественно, на этом фоне могут развиться взвинченность и раздражительность, в крайних случаях возникает беспокойно-навязчивое состояние: «А вдруг я уже заболел? А вдруг я не выживу? А что будет с моими детьми, родителями, бизнесом?» Негативная программа прописывается заранее, когда ещё даже симптомов заболевания нет, тем более что оно не смертельное, в среднем в разных странах умирает один-три процента от общего числа заражённых.

– Такие навязчивее страхи могут в дальнейшем перерасти в повышенную тревожность?

– Я слушала лекцию одного психиатра, который сказал так: «Среди тревожных тревога не повысилась». Некоторые уже были настолько заняты своей тревогой, связанной с какими-то личностными особенностями характера, семейными проблемами или рабочими задачами, что пандемия на их состояние не повлияла. Зато появилась новая волна тревожных, которые раньше были кандидатами на то, чтобы попасть в эту категорию.

– И это состояние приводит к паническим атакам?

– «Панические атаки» – это современный термин, который пациенты, читающие статьи в Интернете, наверное, знают лучше, чем врачи, впервые услышавшие это словосочетание. Раньше это назвалось «психовегетативные расстройства», и проявлялись они в таких жалобах, как учащённое сердцебиение, нехватка дыхания, ощущение кома в горле, частое мочеиспускание и расстройство желудка. В крайне выраженном случае возникает чувство страха смерти, повышение артериального давления, ощущения жара, потливости, приливов. Это называется «вегетативный криз».

В 1980 году был впервые использован термин «паническая атака» в американской классификации болезней DSM – III (Руководство по диагностике и статистике психических расстройств). Название «говорящее», и в XXI веке оно быстро распространилось в медицинской практике и следом – среди населения. Термин «паника» берёт своё начало от имени, вызывающего ужас греческого бога Пана. Люди, которым сейчас «50+» этого названия не знают, зато те, кому «20+» настолько часто его употребляют, что хочется спросить: «А вы уверены, что испытываете именно это состояние?»

Дело в том, что, зная по чьим-то описаниям отдельные признаки (симптомы), входящие в понятие «паническая атака» («вегетативный криз»), некоторые необоснованно считают, что у них приключилось именно это. К примеру, молодой человек переел, у него живот подпёр область диафрагмы, в результате началось учащенное сердцебиение, и он заявляет: «У меня паническая атака». А когда спрашиваешь, что предшествовало этому состоянию, пациент отвечает: «Я весь день смотрел телевизор, потом решил поужинать, плотно поел, и вдруг у меня начало колотиться сердце». Такие же ощущения может испытать человек, выпивший полтора литра пива и посмотревший тревожные новости.

– А если у человека реально произошла паническая атака со всеми присущими ей признаками, он может умереть?

– Нет. Симптомы панических расстройств возникают внезапно, достигают пика за несколько минут и длятся до получаса. Переносятся эти приступы крайне неприятно, но опасности для жизни не представляют.

– Каковы причины возникновения таких приступов?

– Существует несколько научных теорий. Согласно одной из них, приступы паники связаны с повышенным уровнем адреналина, который стимулирует нервную систему, сужая стенки сосудов и учащая пульс. Предполагается также, что первая паническая атака происходит по каким-либо внешним причинам, например, в опасной ситуации начинается учащённое сердцебиение. Но позже оно начинает повторяться в то время, когда человеку ничего не угрожает, но в этот момент у него появляется страх за свою жизнь.

К повышенной тревожности и паническим атакам могут привести внутренние конфликты с самим собой, «раздрай в душе», непонимание своего предназначения (смысла жизни), несоответствие завышенных ожиданий реальной действительности. Чаще всего

от этого страдают подростки, находящиеся в пубертатном периоде, эмоциональные женщины и люди с уровнем интеллекта выше среднего, обладающие повышенной чувствительностью.

Играет роль также наследственный фактор и семейное воспитание. В семье тревожных родителей вырастают дети, бессознательно копирующие подобную модель поведения и способ реакции на жизненные проблемы.

– Одно дело, если человек страдает в одиночку. А если в этот момент рядом находятся его близкие, члены семьи, что им делать, как помочь?

– Когда человек впервые с этим сталкивается, он, как правило, вызывает бригаду скорой помощи, потому что в принципе не знает, что с этим делать. Он получает от медиков рекомендацию обратиться к неврологу, и специалист рассказывает о способах самопомощи, как бороться с этими проявлениями, и, если это необходимо, назначает соответственную терапию.

Тогда у человека появляется конкретное руководство, что нужно выпить вот эту таблетку, выйти на улицу и прогуляться на свежем воздухе, или, наоборот, подышать в пакет. CO2, который мы выдыхаем и вдыхаем обратно, подавляет активность центров нервной системы, которые вызывают ощущение тревожности, сердцебиения, учащённого дыхания. И главное – успокоиться, самого себя не накручивать. Ну и что, что у тебя сердцебиение? Выпей водички, но только не чай или кофе, содержащие кофеин и танин, которые могут только усугубить ситуацию.

Недавно около одиннадцати вечера мне позвонила одноклассница и стала жаловаться, что ей опять плохо. Она уже знакома со своим заболеванием и знает, что это тревожное расстройство. Рассказала, что они с мужем вышли прогуляться на улицу, но у неё всё равно не проходят сильное сердцебиение и приливы жара.

Что я могу в таком случае порекомендовать? Не настраиваться на то, что сейчас станет еще хуже, случится инфаркт, а пытаться облегчить своё состояние, расстегнуть тугой пояс, снять с шеи галстук. Выпить таблетку глицина, настойку пустырника, тёплый травяной чай, обладающий успокаивающим действием.

Можно попробовать дыхательную практику, например, по принципу «5 – 2 – 5», когда на пять секунд делается вдох, потом на две секунды дыхание задерживается, и в следующие пять секунд происходит выдыхание. Достаточно повторить это упражнение два-три раза. Если уже имеется рекомендация от кардиолога или невролога, то надо принять прописанный препарат, уменьшающий сердцебиение, понижающий артериальное давление.

Зная, что у вас «повышенная тревожность» и получив от врача назначения, как с ней справляться, не следует каждый раз вызывать скорую помощь, создавая дополнительные нагрузки на службу, в то время как в ней нуждаются люди, которым действительно экстренно требуется медицинская помощь.

– Обеспеченный человек может себе позволить обратиться в частную клинику и попасть на приём к хорошему специалисту. А что делать тем, у кого для этого недостаточно средств?

– Паническими атаками может страдать человек и с зарплатой в двадцать тысяч, и с доходами в несколько миллионов. Как говорится, «у кого-то жемчуг мелкий, а у кого-то щи жидкие». Реакция на стресс у всех одинакова. Разница лишь в личной стрессоустойчивости. Не обязательно записываться на платный приём. В каждой районной поликлинике работают неврологи, к которым можно обратиться. Только не нужно заниматься самолечением: принимать корвалол, валокордин, содержащие токсичный фенобарбитал, (запрещенный в Европе и США, но пока еще доступный у нас) и спиртовые настойки трав. Ни к чему использовать различные мистические способы, обращаться к бабкам, гадалкам и прочим парамедицинским источникам. Витамины и БАДы тоже не лечат подобные расстройства нервной системы.

– А чем сейчас лечит официальная медицина при установленном диагнозе «панические атаки»?

– Назначается комбинация препаратов, которая успокаивает перевозбужденную нервную систему и нормализует сон, если он нарушен. Хороший сон сам по себе является терапевтическим фактором. Когда человек спокойно спит семь-восемь часов подряд, в головном мозге происходит саморегуляция нервных процессов. Часто люди говорят: «Я не буду принимать таблетки, они вызывают привыкание и зависимость». Сразу хочу успокоить: современные препараты не вызывают этих состояний.

Давайте разберемся, как в медицинской терминологии понимают эти термины. Привыкание – это не значит, что ты привык и не можешь жить без этого препарата, это значит, что со временем он перестаёт действовать, и нужно на порядок увеличить дозу. А зависимость – это когда при отмене лекарства симптомы заболевания, которые проявлялись до его назначения, усиливаются по сравнению с теми, что были раньше.

Среди лекарств, улучшающих сон, может быть мелатонин, препараты с антигистаминным эффектом, Z-гипнотики, нейролептики, пептиды, транквилизаторы, антидепрессанты. Это может быть один препарат (монотерапия) или сочетание нескольких препаратов, в зависимости от клинической картины болезни. Пациентам не нравится слово «антидепрессанты», в нём звучит «депрессия», и это их пугает. Но в настоящий момент доказано, что эти препараты способствуют тому, чтобы лечилось первичное звено этой цепи – тревожность.

Могут быть назначены пептиды, которые вырабатываются в нашем головном мозге, и при дополнительном поступлении в организм приводят в баланс состояние нервной системы. Такие препараты выпускаются в каплях, которые закапываются в нос. Когда я их назначаю, то поясняю: «Это капли в нос, но не от насморка, а для нормализации деятельности нервной системы».

В разных сочетаниях назначаются транквилизаторы, малые нейролептики, спектр действия которых больше рассчитан на лечение невротических расстройств. Тогда как большие нейролептики применяются в лечении заболеваний, относящихся к большой психиатрии, таких как шизофрения. Однако и большие нейролептики могут применяться в лечении тревожно-невротических расстройств в малых дозировках.

– А можно самостоятельно купить такие препараты, например, прочитав на форуме в интернете, кому что помогло?

– Сейчас без рецепта никакие из перечисленных препаратов в аптеках не продают. Надо обязательно обращаться к врачу. Ведь у каждого пациента различные особенности заболевания. И то, что какое-то средство помогло соседу или знакомому, вовсе не означает, что оно поможет вам.

— А что будет, если вообще не лечить «панические атаки»?

– Когда нервная система длительное время находится в состоянии перевозбуждения, то постепенно происходит истощение ресурсов, и через какое-то время развивается депрессия.

Так что тревожное и депрессивное расстройства – это звенья одной цепи. Если не заниматься лечением тревожного расстройства (невроза), то со временем могут развиться такие явления как апатия (постоянное чувство усталости), ангедония (отсутствие радости, удовольствия от тех дел или событий, которые раньше были интересны), хронические боли в разных частях тела. На медицинском языке это называется депрессия. Она имеет свои особенности, и часто сниженный фон настроения не является главным симптомом. На первом плане находятся соматические (телесные) жалобы.

Итак, панические атаки могут возникнуть как «память организма» на пережитую ранее тревогу, и повторяться в те моменты, когда человеку ничего не угрожает. Симптомы различных заболеваний, которые человек испытывает при приступах как правило являются соматическими. Смертельный исход человеку не грозит, но, если панические атаки не лечить, они могу перерасти в депрессию.

Депрессия может настигнуть человека в любом возрасте, деменция – в пожилом

Депрессия (от лат. deprimo «подавить») – психическое расстройство, при котором происходит упадок настроения, нарушается двигательная активность, снижается скорость мышления и самооценка, утрачивается способность получать удовольствие. Обычно также присутствуют потеря интереса к жизни, неадекватное чувство вины, пессимизм, нарушение концентрации внимания, усталость или отсутствие энергии, расстройства сна и аппетита, суицидальные наклонности.

Деменция – это хроническое прогрессирующее заболевание, при котором ухудшается память, умственные способности, возможности ориентировки во времени и пространстве, узнавание людей и предметов. Тревожность и апатия могут быть ранними признаками заболевания, а по мере усугубления деменции человек может проявлять вспышки гнева, агрессии, подозрительности и злости.

Со временем, помимо нарушения когнитивных функций, меняются также и физические возможности. Из-за возрастных изменений в головном мозге исчезает желание ухаживать за собой и обустраивать свой быт. Возникает страх выйти из дома из-за опасений потеряться. Человек оказывается не способен даже купить продукты в магазине и приготовить еду. А это уже полная или частичная десоциализация.

– Насколько распространены депрессивные состояния?

– Депрессия – болезнь, известная еще со времен античности, но особое распространение она получила с начала XX века. Сегодня ею страдает каждый десятый человек старше 40 лет, причем две трети больных – женщины.

Вот классический пример. Моя пациентка 28 лет окончила вуз, аспирантуру, написала диссертацию. Уделяя много времени учёбе и научным занятиям, личную жизнь не обустраивала, главным для себя считала сначала построить карьеру. И с этим, казалось бы, всё шло прекрасно. И вдруг случилось то, чего она никак не могла ожидать, и потому не была готова к такому удару судьбы. Её диссертацию «зарубили», защититься не удалось.

Девушка считала, что её изыскания по теме были замечательными, прогрессивными, достойными лучшей оценки, а то, что их не признали – это происки невзлюбившей её сотрудницы кафедры, которая настроила против и подговорила членов комиссии. После этого жизнь для аспирантки потеряла всякий смысл, она считала, что зря потратила лучшие годы своей жизни, и ничего хорошего уже не случится.

В первое время после неудачной защиты девушка впала в спячку, по утрам не хотелось просыпаться, вставать, есть, что-то делать, куда-то идти. Целыми днями она валялась в своей комнате, уткнувшись лицом в стену, не могла читать или смотреть телевизор, отказывалась общаться с родителями, не отвечала на звонки друзей и родственников. Это состояние, когда ничего не хочется, ничто не может обрадовать – ни утреннее солнышко, ни новое платье, ни «вкусняшка». Накатывают угнетение, тоска, безразличие.

Позже на смену этим состояниям пришли злость на своих обидчиков, жажда мести и с ними – изматывающая бессонница, неопрятный внешний вид, потухший взгляд, тёмные круги под глазами, заторможенность движений и реакций.

Понадобилось два года приёма препаратов и визитов к психологу, прежде чем удалось «вырвать» девушку из этого состояния, убедить её в том, что смысл жизни не заключается в диссертации, и если не можешь изменить события, следует изменить своё к ним отношение.

Она купила абонемент в фитнес-клуб, стала заниматься спортом, устроилась на высокооплачиваемую работу, познакомилась с парнем и уже получила предложение о замужестве.

Эта история со счастливым концом, но, к сожалению, не всегда так случается. Кроме того, перенесшие депрессию люди через какое-то время могут снова погрузиться в это состояние, если получат очередной жизненный удар.

– Знакома с людьми, озабоченными тем, чтобы не заболеть деменцией. Не являются ли в некоторых случаях тревожные и депрессивные симптомы ранними проявлениями этой болезни?

– В ответе на этот вопрос надо всегда помнить о возрасте появления жалоб. Деменция – это заболевание, начинающееся во второй половине жизни, то есть после 50 лет. Поэтому, когда приходят пациенты 25—40 лет с жалобами на снижение памяти, тревожность, невозможность сконцентрировать внимание и заставить себя делать те дела, которые раньше выполнялись с легкостью, то это уж точно не деменция. В таких случаях стоит подумать о депрессии.

Одним из ранних признаков деменции является изменение черт характера пациента. Вспомните, как человек проявлял себя в течение всей жизни. Люди-командиры, которые не давали другим и шага ступить без своего повеления или разрешения, становятся гневными и требовательными по отношению к окружающим, заставляя их вертеться как «волчок» по первой прихоти. Если же человек с молодости имел тип личности болезненный, мнительный, тревожный, ждущий постоянно помощи от окружающих, то в 60—70 лет мы навряд ли увидим цветущего, бодрого, самостоятельного и активного пенсионера.

В любом случае, если вы переживаете о себе или родственнике в отношении деменции, помните, что не стоит самостоятельно ставить диагноз и выяснять причины заболевания. При появлении подозрений обращайтесь к неврологу, если жалобы касаются памяти и внимания, а также, если вы видите, что возрастной родственник затрудняется в выполнении обычных домашних дел или теряет опрятность.

Возможно, надо обратиться к психиатру, если в поведении появились негативные изменения в виде агрессии, подозрительности или даже ревности. Чем раньше вы обратитесь к врачу, тем быстрее будет поставлен диагноз и назначено правильное лечение.

– Порой люди жалуются на тревожность, проблемы с сердцем, утомляемость, бессилие, плохое настроение, пытаясь добиться внимания от своих близких. Болеть выгодно?

– Да, на самом деле, есть такое явление – выгода от болезни, в медицине и психологии оно называется «рентное поведение». Обычно такой стиль отношений с родственниками формируется после какого-то перенесенного заболевания, чаще с госпитализацией, например, пневмония или отравление, или же череда панических атак. И если до этого взаимопонимания не было, а тут вдруг бывший больной (больная) отмечает, что к нему повысилась «степень доброты», то он вначале осознанно, а потом уже и бессознательно начинает повторять и демонстрировать те проявления болезни, которые вызвали заботливое отношение родственников. Иногда этот механизм настолько закрепляется в поведенческих стереотипах на бессознательном уровне, что избавиться от него становится крайне сложно и требуется длительная психотерапия.

– А что делать с подростками, которые не хотят выходить из дома, общаться со сверстниками, учить уроки, посещать какие-то секции? Это депрессия или просто лень и капризы «не хочу, не буду»?

– В случае такого поведения имеет значение длительность периода «нежелания что-либо делать» и особенности ребёнка до наступления пубертатного периода Полового созре-

вания). Если подросток не был особенно общительным в детстве, больше проводил времени дома, с родственниками, то нельзя утверждать, что замкнутость – это психическое отклонение. А если, вы заметили, что у подростка изменилось настроение, он перестал выходить гулять с друзьями, стал чересчур переборчив в еде, (веганство, сыроедение), или, наоборот, развилось выраженное переедание, если он закрывается в своей комнате и недовольно реагирует на ваше стремление пообщаться, то, конечно, стоит разобраться в причинах такого поведения. Прежде всего, надо постараться найти контакт с подростком, если это не получается, то обратиться к психологу.

– В популярном российском сериале «Триггер» молодой психотерапевт работает по методу «спускового крючка». Он устраивает своим пациентам стрессовые ситуации, пройдя через которые, люди избавляются от своих фобий после первого же сеанса. Может, взять этот метод на вооружение, и тогда пациентам не придётся годами ходить на сеансы к специалистам?

– В сериалах события происходят в искусственном мире. А в реальной жизни такие расстройства, как тревога и депрессия, по прогнозам учёных, к 2025 году выйдут на первое место среди заболеваний, которые мешают нормальному качеству жизни человека. И, к сожалению, невозможно только с помощью создания «триггерных» ситуаций вылечить заболевания, в основе которых лежит биохимическое расстройство в головном мозге: нарушение баланса нейромедиаторов (серотонина, норадреналина, дофамина).

Конечно же, когнитивно-поведенческая психотерапия в лечении тревожно-невротических и депрессивных состояний необходима. Важно объяснить пациенту биологическую основу заболевания, успокоить, что его жизни и здоровью ничего не угрожает, а те симптомы, которые он испытывает, не приводят к инсульту, инфаркту или внезапной смерти.

Отдельным видом невротических расстройств являются фобии. Разновидностей страхов огромное множество. Перечислю самые известные. **Клаустрофобия** – боязнь закрытых пространств, таким людям сложно пройти исследования в аппарате КТ или МРТ и даже войти в лифт. **Агорафобия —** неприятные ощущения в виде головокружения, неустойчивости или дурноты в больших торговых центрах, на открытых пространствах улиц или площадей. Есть такая разновидность страхов, как **социальная фобия** – боязнь выступать перед публикой.

Что советуют специалисты – психологи, психотерапевты, неврологи? Они рекомендуют постепенно осваивать ту сферу, к которой относится конкретный страх. Страшно выступать с докладом перед публикой? Надо потренироваться перед зеркалом, рассказать текст будущего выступления друзьям, убедить себя в том, что всё сможешь, и рискнуть выйти на сцену. В таких случаях очень помогает метод, когда оратор находит в зале симпатичного человека с дружелюбным выражением лица и, читая доклад, вроде бы обращается конкретно к нему. После нескольких удачных выступлений, получив положительный опыт, мозг перестанет рисовать ужасы провала, краха, и с каждым разом говорить на публике будет все легче и легче.

И, кроме того, вспомним древнюю мудрость: «Когда суть дела продумана заранее, слова приходят сами собой». Не все рождены ораторами, и для отработки такого навыка, как публичное выступление, всё же требуется поработать над собой.

Согласно исследованиям, 15% людей боятся летать на самолётах и вертолётах. Что можно посоветовать страдающим **аэрофобией**? Приехать в аэропорт за несколько часов до времени своего вылета и понаблюдать за взлетающими и приземляющимися авиалайнерами. Убедиться в том, что рейс следует за рейсом, и с пассажирами всё в порядке. Напомнить себе, что самолёт – самый безопасный вид транспорта. По статистике шанс погибнуть в воздухе ничтожно мал, на восемь миллионов полётов приходится одна смерть. Даже при поездках на велосипеде несчастных случаев со смертельным исходом гораздо больше.

Преодолению фобий помогает самовнушение, что в данной ситуации страх рационально не обоснован, а вероятность воплощения в жизнь воображаемых трагических события ничтожно мала. К примеру, некоторые боятся заходить в лифт. При этом шансы погибнуть при обрыве троса кабины примерно так же малы, как задохнуться, поперхнувшись глотком воды. А воду мы пьем много раз в день. Хотя, сложно убедить человека, испытывающего страх, прибегнуть к рациональному мышлению, известно даже такое: десятки тысяч жителей США страхуются на случай похищения их инопланетянами!

Полностью избавиться от фобий самостоятельно или даже с помощью психотерапии – задача непростая, и нередко требуется медикаментозное лечение. Используются антидепрессанты и анксиолитики (противотревожные препараты). К тому же хочется предостеречь от экзальтированных методов «погружения в страх», которые использовал психоаналитик из сериала «Триггер». Всем подряд они не подходят.

Жёсткие психологические эксперименты могут привести к непредсказуемым последствиям, например, сердечному приступу, панической атаке и даже попытке суицида. Это так же опасно, как метод учить человека плавать путём сталкивания его с обрыва в воду. Всё это может обернуться плачевным исходом. Врачу или психологу нужно разбираться с ситуацией, сложившейся в жизни каждого отдельного человека, понять причины, которые привели его к тому или иному нервному расстройству, и подобрать индивидуальные методы психологической помощи или медикаментозного лечения.

– Не проще ли бороться не с тревожностью, а устранить проблему, из-за которой она возникает? Например, если не удаётся диссертацию защитить, отложить это дело на пару лет, заняться чем-то другим? Начальник доводит – уволиться? Муж изменяет – развестись?

– К сожалению, не всегда есть возможность устранить проблему. У меня есть пациент, у которого жена, двое сыновей-школьников и любовница, с которой он поддерживает отношения в течение нескольких лет. В последние полтора года из-за этой связи «на стороне» у мужчины развились панические атаки: повышение давления, чувство усиленной тревоги и ощущение жара в теле. Он обратился ко мне, чтобы излечиться от этого состояния.

Со слов пациента, у жены скверный характер, она давит на него психологически, не позволяет ему чувствовать себя главой семьи и отказывается от физической близости. В то время как с любимой женщиной сложились хорошие взаимоотношения во всех сферах.

Мужчина испытывает чувство вины перед своими детьми, размышляет, как они будут жить без отца, если он уйдёт из семьи? Сам он потерял отца в двенадцатилетнем возрасте, мама снова вышла замуж, и подростку пришлось жить с бабушкой. Рос «хулиганом», правда, повзрослев, встал на путь истинный, окончил вуз, устроился на престижную работу. Но теперь мучительно раздумывает: а кем вырастут его сыновья, если он будет жить отдельно от них?

Я заметила: «Ваш отец умер, но вы-то живы и, даже переехав к другой женщине в её квартиру, продолжите общаться с мальчиками, заботиться о них и принимать участие в воспитании». Но мужчина внутренне не готов к такому повороту дел. И как врачу в этом случае помочь пациенту избавиться от панических атак? Это то же самое, если бы человек опустил ноги в кипяток и после этого просил избавить его от ожогов. Но как только ему врачи наложат на раны лекарство и дадут обезболивающее, он снова суёт ноги в кипяток. Как можно вылечить боль, если снова и снова окунаться в её источник?

Человек страдает, но не решается объявить жене о разрыве и уйти к любимой женщине, тем самым он постоянно получает стимулы к чувству вины и нравственным страданиям, что приводит к очередной панической атаке.

– В этой ситуации «триггером» может сработать сообщение жене о том, что у мужа есть любовница. Тогда он будет вынужден принять решение – разорвать связь «на стороне» или уйти из семьи.

– Возможно. Однако есть более сложные ситуации, из которых выйти очень трудно. Например, больные родители или дети. Но не те, которые заболели ангиной и выздоровели, а неизлечимые инвалиды, чьё состояние требует постоянного ухода. Это может быть деменция у пожилых людей или слабоумие у детей, врождённые заболевания или полученные травмы, ограничивающие физические возможности. И тому, на чьём попечении долгие годы находится больной человек, важно не погрузиться в эту проблему настолько глубоко, чтобы самому не получить депрессивное расстройство. Надо постараться нанять помощника по дому, сиделку для болеющего родственника, няню или гувернантку для ребёнка, найти способы хоть бы изредка отвлечься, отдохнуть, переключиться. Иначе можно довести себя до такого состояния, что помощь понадобится уже самому.

– Одна из самых уязвимых категорий – это беременные женщины. Им нельзя нервничать. Но как уходить от стресса, если на работе проблемы, а дома не помогает муж, раздражает свекровь? И так ли уж сильно беспокойство матери отражается на ребёнке?

– Конечно, когда беременная женщина нервничает, у неё, происходит сбой в слаженной деятельности гормональной и нервной систем. В ответ на острый стресс вырабатывается адреналин, чуть позже – глюкокортикоиды (гормоны стресса), которые попадают в кровь матери и затем – через плаценту – в кровь ребёнка. Его нервная система бомбардируется повышенными концентрациями гормонов стресса, при этом нарушается формирование структур головного мозга, отвечающих за ритмы сна и бодрствования, в дальнейшем такие дети проявляют гиперактивность (неусидчивость, невозможность сосредоточиться, запомнить учебный материал).

Переживания будущей мамы могут привести к заболеваниям у малыша. Очень сильный стресс (ссоры, измена мужа, потеря родственника) грозит плоду гипоксией, то есть, пониженному снабжению кислородом, что наносит прямой ущерб развитию нервной системы ребёнка. Нельзя также исключить вероятность преждевременных родов, которые несут негативные последствия, как для матери, так и для ребенка.

Рассмотрим довольно частую конфликтную ситуацию, с которой приходится сталкиваться молодой семье в ожидании первенца. Представим, что до седьмого месяца беременности (начало декретного отпуска) женщина работала, видела мужа только вечером, была занята задачами по работе или различными хобби. Но вот она уходит в декретный отпуск, скучает дома и начинает терроризировать мужчину: «Почему ты не уделяешь мне внимания, почему не звонишь, почему мало со мной общаешься»? И от этих «почему» в семье возникает конфликт, ведь муж не может бросить свою работу и стать «домашним семьянином» с соковыжималкой в одной руке и пылесосом – в другой.

Какой совет можно дать? Свой досуг женщина должна занять интересными занятиями – прогулки, спортивные нагрузки для будущих мам, рукоделие, (например, вязание пинеток), просмотр фильмов и телепередач, чтение книг или общение с подругами и родственниками.

Другая сложная ситуация: не сложились отношения со свекровью или другими членами семьи, с которыми приходится жить под одной крышей. В этом случае, если испробованы все способы наладить позитивное общение, правильным станет решение разъехаться.

Ещё один вариант сложных взаимоотношений в семье: будущая мама считает, что если она беременна, то все вокруг должны вести себя с ней как с больной – окружать избыточным вниманием, откликаться на каждый ее звонок, бросать все свои дела и заниматься только ею. Если назревает конфликт на этой почве, то возможно семейное консультирование у психолога,

который напомнит, что беременность – это не болезнь, а физиологическое состояние организма. Так что не надо пытаться «закружить» всех вокруг себя.

– Но ведь это не всегда происходит «со зла», есть и объективные факторы. Беременные легко возбудимы, плаксивы, капризны. Можно ли на этом фоне принимать успокаивающие препараты?

– Да, во время беременности, на фоне гормональных изменений в организме, часто меняется настроение. Никакие успокаивающие препараты будущим мамам принимать нельзя. Рекомендуются массажи, плавание, пилатес, зарядка, правильное питание, прогулки на свежем воздухе. Можно найти курсы для беременных, часто там заводятся приятные знакомства, создаётся возможность побеседовать на интересующие темы, тем более что участницы таких курсов тоже ждут ребенка. Помогают и беседы с психологом.

Конечно, в некоторых ситуациях приём препаратов, нормализующих состояние нервной системы и настроения, необходим, но это решается комиссией из нескольких специалистов (невролог, психолог, гинеколог, психиатр). Ведь при тяжёлом депрессивном расстройстве высок риск суицида. Кроме того, приём препаратов при беременности не исключается в случае, если будущая мать болеет эпилепсией. И всё же лучше по возможности применить растительные сборы, (если нет аллергии на состав), и гомеопатические успокаивающие капли.

Следует помнить: вся наша жизнь – это бесконечные новые сложности, одних мы можем избежать, заранее подготовившись к сложному периоду в жизни, а другие возникают внезапно. Стресс – это часть нашей жизни. Но когда стресс превышает адаптационные возможности организма, то это явление называют «дистресс», в переводе с английского distress – горе, страдание, сильное недомогание, истощение. В переносном смысле, (а у кого-то и в прямом), дистресс «разбивает нам сердце», ввергая в длительное нервозное состояние.

В таких случаях важно сохранять уравновешенность, спокойствие, не накручивать себя, не рисовать в мыслях страшные картины возможных негативных последствий развивающихся событий. Рассматривать положительный исход решения проблемы, не с усугублением её, а с надеждой на то, что «всё что ни делается – к лучшему». В особо сложных ситуациях следует обратиться к своему духовнику, (если человек верующий), или к психологу, неврологу, психотерапевту, которые помогут переключить сознание на позитивный лад.

О тревожности во время беременности лучше расскажет моя коллега акушер-гинеколог Елена Фисенко:

«Беременные обращаются в частную клинику, потому что ищут комфорта, не хотят сидеть в очередях, предпочитают индивидуальный подход, когда можно получить ответ на каждый интересующий вопрос и быть постоянно на связи с врачом.

Обычно к гинекологу проходят уже с тестом на беременность, показавшим положительный результат. Процентов 70 рады этому известию, потому что случайных «залётов» стало меньше. Женщины уже более грамотны в плане контрацепции. Хотя есть и те, кто начитался в Интернете на форумах страстей о гормонах и поверил в них.

Какие-то блогеры, сидя где-то на островах, строчат антинаучные тезисы вроде «начнёте принимать контрацептивы – и ваши дети будут похожи на первого полового партнёра», или вообще детей не будет. Кто-то действует по принципу: «Маша пила эти таблетки, значит, и мне подойдут». Но всё же даже самые молодые девушки, планирующие начать половую жизнь, приходят на приём к врачу с просьбой подобрать подходящий препарат.

Всё меньше женщин принимают решение прервать беременность. Если это и происходит, то по медицинским показаниям, в зрелом возрасте, и когда уже есть несколько детей. Исключение – молодые здоровые девушки, так называемые, «чайлд-фри», то есть те, кто вообще не хотят становиться матерями, зацикливаются на карьере и самих себе.

Как ни планируй беременность, она всё равно наступит неожиданно, а с ней и стресс – надо срочно куда-то бежать, сдавать анализы и ещё что-то делать. Если беременность первая – тревожность высокая. Неопытные будущие мамочки не могут поверить, что у них всё в порядке, что плод благополучно развивается, пока не почувствуют его шевеление. Приходится их успокаивать и уговаривать настраиваться на лучшее.

Изначально любая беременность должна проистекать на позитиве, чтобы не возникало мышечных и сосудистых спазмов, которые провоцируют соматические заболевания и даже угрозу выкидыша. Будущим мамам надо прогуливаться на природе, смотреть на красивых детей, слушать приятную музыку.

Кстати, начиная с советских времён, Россия – единственная страна в мире, где беременных на государственном уровне «ведут» с первых недель до самых родов. И здесь важно как физическое, так и психологическое состояние будущих мам.

В моей практике была удивительная история. Доктор из Ливана привезла в Краснодар свою невестку. У молодой женщины оказались серьёзные запущенные проблемы с почками, провоцировавшие отёчность, скачки давления и судороги, что могло привести к гибели как женщины, так и ребёнка. Роды наступили преждевременно. Но краснодарским врачам удалось спасти и маму, и малыша. Женщина вообще не говорила по-русски, но сына назвала Владимиром. Переубедить её в этом намерении не удалось, она повторяла: «Меня русские спасли, значит, у сына будет русское имя».

Некоторые женщины, желающие стать мамами, проявляют чудеса героизма. Так, у меня была пациентка 48 лет, которая перенесла четыре внематочные беременности, но всё равно хотела родить сама от своего мужа. Она перенесла 18 попыток ЭКО. Надо отметить, что каждая неудачная программа психологически воспринимается женщиной как самопроизвольный выкидыш при естественной беременности. Это очень тяжело морально, тем более, что прилагается много усилий, переносится большая гормональная поддержка, и каждый раз терзает чувство страха: а вдруг опять не получится?

В один из визитов эта пациентка заявила, что в последний раз попробует сделать ЭКО, и если не получится – значит, не судьба. Параллельно супруги прибегли к услугам суррогатной матери. В результате с интервалом в пару месяцев женщина получила сразу четверых собственных детей – двух девочек и двух мальчиков».

– В последнее время жителям всего мира всё чаще приходится переживать «непростые» времена (пандемия, военные действия в разных частях света). Растерянность, подавленность, неуверенность в завтрашнем дне охватывают даже сильных духом людей. Как выстоять с минимальными для психики потерями?

– Прежде всего, скажу о том, чего уж точно не надо делать. Впадать в панику и передавать друг другу будоражащие сознание слухи, которые зачастую на поверку оказываются злобными фейками. В то время, когда общество резко делится на сторонников и противников, будь то вакцинация, или политические события, бессмысленно вступать в дискуссии, особенно с незнакомыми людьми в социальных сетях.

Никого ни в чём путём неистовых споров переубедить невозможно. Даже приводя в защиту своей правоты самые веские аргументы, обрести можно, скорее, не сторонников, а врагов. Не говоря уже о впустую потраченных в словесных сражениях часах и расшатанных нервах. Время не вернуть, а испорченное психическое здоровье придётся лечить. Поэтому социальные контакты следует ограничить кругом тех, с кем комфортно общаться. В тяжёлое смутное время ни в коем случае нельзя оказываться в толпе, даже в переносном смысле (соцсети). В хаосе правят инстинкты, и индивида раздавят если не физически, то морально.

Философ Анна Кирьянова считает, что от неистовствующей толпы спасает группа единомышленников, (будь то члены семьи, коллеги, друзья), с которыми можно обсудить происходящее и быть понятым.

«Когда единомышленники собираются вместе, происходит нечто загадочное: появляется групповой разум и групповая энергия. Как у птичьей стаи, которая вместе, синхронно летит в нужном направлении… И группа лечит, спасает, даёт силы, помогает принять решение и следовать ему».

Ну, и конечно, важно верить, что всё закончится хорошо.

О диагнозах, которых больше нет, и о тех, что появились

– Вегето-сосудистая дистония (ВСД). Что этот диагноз означал раньше, и почему его сейчас нет?

– В начале XX века это название менялось несколько раз. Так, термин «нейроциркуляторная астения» впервые применил американский врач Оппенгеймер в 1918 году. В 1950-х годах российский кардиолог Савицкий предложил название «нейро-циркуляторная дистония». Этим понятием в основном обозначали состояния, сопровождающиеся неустойчивостью артериального давления, изменчивостью пульса и неприятными ощущения в области сердца при отсутствии признаков его поражения.

Потом стали использовать термин «вегетососудистая дистония». Позже, придя к выводу, что сосуды не играют никакой роли в причинах развития синдрома, а также то, что сосудистый компонент этого состояния является далеко не единственным проявлением, убрали слово «сосудистая». По мнению академика РАМН Александра Вейна, наиболее удачным является термин «вегетативная дистония».

В МКБ-10 (международная классификация болезней 10-го пересмотра) ВСД рассматривают в двух разделах. В неврологии оно звучит как G90.8 (шифр для неврологов): «Другие расстройства вегетативной нервной системы», а в разделе психических расстройств оно представлено как F45.3 (шифр для психиатров): «Соматоформная вегетативная дисфункция нервной системы».

– Сейчас в социальных сетях и в медицинском сообществе много говорят о том, что диагноз ВСД (вегетативно-сосудистая дистония) существовал только в СССР, а за границей такого диагноза не было и нет. Однако этот термин и сейчас широко используется в постсоветском пространстве и населением, и врачами. Почему так?

– Я думаю, потому что смысловое содержание этого словосочетания за много лет его применения в медицинской практике закрепилось и стало понятно на бытовом уровне всем и каждому, кто хотя бы раз в жизни испытывал подобные симптомы: сердцебиение, головокружение, бессонницу, слабость и утомляемость. Отсутствие этого термина за рубежом не означает, что там у пациентов нет таких симптомов и состояний, просто для их описания используются другие термины, например, слова: «тревога», «тревожность».

Конечно, очень хочется, чтобы врачи всего мира разговаривали на понятном друг для друга языке. Для этого и существует МКБ – Международная Классификация Болезней. Но ведь в каждом профессиональном сообществе есть свои особенности, так, например, в китайской традиционной медицине, используют термины «слабость селезенки» или «жар печени». Безусловно, это не глупые китайские сказки, как думают и говорят некоторые. Просто древние врачи именно так зашифровали комплекс симптомов при той или иной патологии. Они использовали термины, понятные в их среде.

Например, в зарубежной западной медицине для характеристики синдрома ВСД акцент делается на стресс как на причину, вызвавшую развитие жалоб. И название соответственно – тревожное, фобическое, депрессивное расстройство. В советской же терминологии подчеркивалась не первичная причина болезни, а отреагировавшая структура организма – вегетативная нервная система. Потому что этот синдром может появляться не только из-за стресса, а входить в структуру разных заболеваний и быть их следствием, но он не является самостоятельным диагнозом, всегда надо найти причину его вызвавшую и указать на неё.

– Получается, что пациенту с одним и тем же расстройством невролог и психиатр поставят разные диагнозы, просто потому, что так записано в классификации?

– Надо объяснить, чтобы человек понимал суть своего болезненного состояния, и то, что психиатр и невролог назначат одинаковые препараты. Ведь порой пациент приходит к неврологу от психиатра с уже назначенным ему лечением по поводу невротического или депрессивного расстройства, которое он не стал применять, потому что решил, что невролог выпишет лекарства «полегче». Общая задача врачей подробно рассказать о влиянии стресса на организм человека, о реакции вегетативной нервной системы и о том, как её перенапряжение может негативно влиять на работу внутренних органов. Главная цель – убедить пациента лечиться.

В международной анатомической номенклатуре (литературе) вегетативная нервная система называется «автономной», что подчеркивает её независимость от воли человека в противовес соматической нервной системе. Мы не можем регулировать артериальное давление, длительность сна, частоту сердечных сокращений, частоту дыхательных движений. Всё это регулируется организмом автоматически (без нашего желания и осознанных действий) за счёт этой самой вегетативной нервной системы. Соматической нервной системой мы можем управлять, то есть, подумать о том, что надо поднять руку – и сделать это, захотеть откашляться – и покашлять.

– Почему «российский диагноз» ВСД, связанный с нарушением деятельности вегетативной нервной системы отличается от зарубежных терминов?

– Я понимаю это так: наш диагноз указывает на локализацию (место, систему), которая приводит к появлению симптомов, а западные коллеги акцентируются на причине, которая их вызывает – стресс и реакция организма на него, тревога или депрессия. По моему наблюдению и мнению многих коллег, лучше бы оставалось название «вегетативная дистония» или «надсегментарная вегетативная дисфункция нервной системы». Название нейтральное, и пациенты воспринимали бы его более адекватно. Во многом это связано с нашим менталитетом. Когда российскому пациенту ставят диагноз «тревожное расстройство», «депрессивное расстройство», с его стороны это вызывает большое недоумение, а иногда даже агрессию.

Не обладая медицинскими знаниями, не связывая своё самочувствие с перенесённым стрессом, который может быть, как острым, так и хроническим, люди начинают возмущаться. Пациенты говорят: «Да, у меня колотится сердце, при чём тут тревожность? У меня нормальное настроение и нет никакой депрессии». Для того чтобы убедить пациента, что ему нужно воспринимать этот диагноз адекватно, требуются значительные усилия с обеих сторон.

Конечно, врачи не могут спорить с официальной классификацией заболеваний. Диагнозы мы ставим, как это требуется. Но проходит достаточно много времени для того, чтобы пациент, посетив несколько врачей, (потому что первому, кто поставил этот диагноз, он не поверил), наконец-то согласился и начал правильное лечение. А многие так никогда и не лечатся, делают массажи, лечатся всякими нетрадиционными методами (пиявки, банки), пьют БАДы, в то время как заболевание хронизируется и ещё больше нарушает качество жизни (сон, аппетит), истощает жизненную энергию).

– Так уж случается, что одни термины приходят, а другие уходят. Населению ещё надо привыкнуть к словам «тревога» и «депрессия» не как к обывательским наименованиям, а как к медицинским терминам. Но ведь есть такие названия, которые в медицине больше не применяют. Например, «олигофрен», «идиот», «кретин». Раньше так называли больных людей, которым ставили соответствующие диагнозы: олигофрения, идиотия, кретинизм и т. п. Что скажете об этом?

– Да, это пример того, как некоторые слова из медицинской литературы «переходят в народ» и становятся обидными или даже ругательными. А бывает наоборот, когда термин

изначально относился к физике, затем к физиологии, а в итоге стал иметь совсем другое значение. Таким является понятие «стресс» – stress от англ. «нагрузка, напряжение» (ранее слово использовалось в физике).

В последние десятилетия стресс стали отождествлять с повышенной психической нагрузкой, нервным переутомлением. На самом деле с точки зрения физиологии, стресс – это универсальная ответная реакция организма на какие-либо новые условия жизни или события. В неё вовлекаются симпатическая нервная и эндокринная системы. Стресс – это ответ системы «мозг-тело» для адаптации (приспособления) организма к изменяющимся условиям. И в норме цель этого ответа – сохранение стабильности и здоровья.

Современные люди не воспринимают слово «дебильность» как диагноз (сейчас называется в медицине термином «умственная отсталость»), так же навряд ли удастся им объяснить, что конкретно учёные имеют в виду под термином «стресс», что это ни хорошо, ни плохо, а физиологический ответ. Поэтому некоторые слова в нашем обиходе имеют два значения – одно «общественное», другое научное, медицинское. Так, в понимании населения, депрессия – это плохое настроение, а стресс – это то, что напрягает психику, создавая взвинченность, нервозность, раздражительность.

Для врача же депрессия – это комплекс симптомов, касающихся не только эмоционального состояния, но и других проявлений состояния организма (плохое качество сна, наличие хронических болей, измененный аппетит, низкий уровень энергии). А стресс – это и перегревание на пляже, и переохлаждение в походе, и внезапная боль при медицинской манипуляции.

Такой стресс, как, например, новая информация, может вызывать одинаковый ответ организма, как на отрицательные, так и на положительные варианты событий. Например, «панические атаки» (как проявление воздействия стресса) могут возникнуть внезапно после такого радостного известия, как предложение руки и сердца или празднование юбилея. И нередко пациенты рассказывают, что так долго готовились к мероприятию, всё прошло хорошо, а через несколько дней вдруг самочувствие ухудшилось, появилось сердцебиение, чувство нехватки воздуха и бессонница.

Поэтому врач должен объяснить на приёме, что стресс бывает вызван как положительными, так и отрицательными эмоциями, и это универсальная реакция организма. Хронический стресс называется словом «дистресс». Вызывают его негативные мысли, события и хронические патологические процессы, протекающие в организме (длительные боли, нарушение обмена веществ при сахарном диабете и ожирении, и другие). Итогом дистресса является развитие психосоматических заболеваний.

– А бывает ли, что развитие синдрома вегетативной дистонии связано с «праздным» образом жизни?

– Да, и такое встречается. У меня на приёме был молодой человек лет тридцати, который вёл в течение двух лет «весёлую жизнь»: ходил с друзьями на вечеринки, принимал различные стимуляторы (много кофе, энергетики, алкоголь), даже раза два в месяц – наркотики (кокаин). И вот на утро после очередной бессонной ночи, проведенной в клубе, парень почувствовал себя нехорошо. У него заложило нос, появились неприятные ощущения в горле, а так как только что пошла на спад пандемия, он решил, что это вирусное заболевание. Обратился к терапевту, сдал анализы, ковид подтвердился. Заболевание имело лёгкую форму.

Через две недели пациент снова обратился к врачу, чтобы проверить, не осталось ли у него последствий, потому что наслушался от знакомых, что после ковида могут оставаться какие-то изменения в организме. Обнаружился лёгкий гайморит, назначили антибиотики. Прошло уже больше месяца после лечения, как вдруг появились слабость и бессонница, но врачи уже не нашли никакой патологии. Прошло еще несколько недель самочувствие не улучшалось. Тут уже было не до вечеринок. Парень испугался за свое здоровье. Купил

билеты на самолёт и полетел в частную клинику в Москву. На обследование и лечение он потратил полтора миллиона рублей, вроде полегчало, но ненадолго.

Через некоторое время молодой человек обратился к специалисту по лечебному голоданию. После окончания трёхнедельного курса голодания решил, что «очистил» организм, и теперь-то точно всё будет хорошо. Жалобы поутихли. Но буквально через две недели самочувствие снова ухудшилось – опять вернулись слабость, апатия, бессонница, неприятные ощущения в области сердца.

И тогда он вспомнил, что хорошо себя чувствовал после курса антибиотиков. Стал «сидеть» на них по полтора-два месяца, меняя один на другой по собственному выбору и делая перерыв между ними на два месяца. На некоторое время становилось лучше. Далее обратился к «специалистам по паразитам», которые с помощью какой-то фантастической компьютерной программы нашли у него все виды существующих глистов и назначили противоглистную терапию с помощью БАДов. Ясно, что молодой человек попал в руки мошенников.

Когда этот парень пришел на приём ко мне, у него было желтоватое лицо и практически оранжевые ладони, при этом анализы печени были в норме. На мой вопрос: «Какие таблетки сейчас принимаете?», он ответил, что это БАДы, и именно они помогают его печени, а «жёлтый» он потому, что уже два месяца пьёт четвёртый по счёту антибиотик, так как без них ему плохо.

Я попыталась выяснить, что пациент имеет в виду под фразой «мне плохо». Он объяснял: «Всё болит, всё ломит, тянет шея, плечи, живот. Плохой сон, постоянно просыпаюсь, мне снятся кошмары. Хочу заниматься спортом, но не могу, потому что нет сил – при любом даже легком упражнении начинается сильная потливость, при этом пот с необычным неприятным запахом».

Я спросила: нет ли у него подозрения, что его состояние – не только следствие перенесенного, но и реакция организма на отмену наркотических веществ? Парень усмехнулся: «Что вы мне рассказываете? Два года ломка длится? Это у меня, наверное, ревматизм, я лягу в ревматологию, пусть у меня возьмут биопсию».

Я указала на то, что предыдущий ревматолог «по своей линии» ничего не обнаружила. Но наш с ним диалог с его стороны был построен так, будто у него есть медицинское образование и он сам во всем разбирается. Итогом разговора было то, что он не нашел ответа на свои вопросы и поедет обследоваться в Сибирь в какой-то научный институт, потому что уверен, что у него заболевание, которое пока никто не выявил. На приём к психиатру-наркологу он идти наотрез отказывался. На завершающей консультации я назначила первый этап лечения тревоги и депрессии и настоятельно порекомендовала анонимно обратиться к наркологу-психиатру в частную клинику.

Эта история ярко иллюстрирует ипохондрический синдром, то есть, болезненную погруженность в изучение собственного здоровья и страх перед неизвестным заболеванием, которого по факту нет. В этом случае я на 90 процентов уверена, что его плохое самочувствие – это следствие употребления стимуляторов, алкоголя, наркотиков и антибиотиков, осложнившееся навязчивой идеей поиска «таинственной» болезни.

Я неоднократно слышала от коллег-наркологов и психиатров, что даже однократное употребление так называемых «лёгких» наркотиков может активизировать в головном мозге те зоны, которые вызывают психические симптомы по типу шизофрении (видения, голоса, ощущение преследования, а также различные навязчивые идеи и мысли). Не говоря уже о том, что происходит срыв в работе систем, регулирующих восприятие боли и качество сна. В данной истории молодой человек регулярным сочетанием алкоголя и наркотиков, а затем антибиотикотерапией спровоцировал все те проявления, о которых он рассказывал.

– Иногда можно услышать: «Я не больной, я просто нервный». Как соотносится слово «невроз» с тем, что пациент «нервный»?

– «Невроз» – это «старый» диагноз, который больше не используется, сейчас его заменили словом «расстройство», например, тревожно-невротическое, тревожно-депрессивное, обсессивно-компульсивное. Однако эта терминология используется в психиатрической практике. Неврологи же, когда хотят сказать, что у пациента «невроз» пишут диагноз так: «Другие расстройства вегетативной нервной системы, астено-невротический, астено-депрессивный синдром». Термин «астено» (астения) означает слабость, утомляемость. То есть, об одном и том же пациенте с его жалобами невролог и психиатр напишут по-разному, но смысл заболевания останется тот же.

К сожалению, неврологию и психиатрию будущим врачам в интернатуре и ординатуре преподают на разных курсах обучения (кафедрах). Когда-то давно в XIX и начале XX века эти специальности тесно переплетались. Затем произошло разделение. Каждая специальность пошла своим путем. Однако в начале XXI века появились новые способы диагностики – МРТ (магнитно-резонансная томография), ПЭТ (позитронно-эмиссионная томография), в результате чего нейропсихиатрия и психосоматическая медицина стали стремительно развиваться.

Теперь неврологи и психиатры находят много точек соприкосновения, ведь перед ними один и тот же пациент со своей уникальной нервной системой и психикой. Ещё 25 лет назад на кафедре неврологии не придавали такого большого значения изучению, диагностике и лечению невротических и депрессивных расстройств. Да, говорилось о том, что большое количество заболеваний в общей поликлинической сети – психосоматические, но обучение молодых неврологов-интернов и ординаторов не акцентировалось на тщательном изучении этих тем. Упор делался на разбор таких заболеваний, как инсульты, неврологические осложнения остеохондроза позвоночника, миастения, эпилепсия и другие.

Депрессия и тревога больше относились к области психиатрии. Но по факту врачи-психиатры были сильно загружены «большой» психиатрией – шизофренией. Да и идти к психиатру на консультацию еще пару десятилетий назад было совсем не привычно. В итоге пациенты с психосоматикой оказывались как бы «не у дел», ни нашим, ни вашим, и очень часто просто не знали, к кому обращаться. Конечно же, на это место тут же находились различные целители и экстрасенсы.

Во втором десятилетии XXI века в медицинском сообществе все больше стали говорить о том, что на практике врачи поликлиник приблизительно в половине случаев встречаются именно с невротическими или депрессивными расстройствами. Однако по факту оказалось, что специалисты не психоневрологического профиля (ортопеды, урологи, гинекологи, да и терапевты) могут вообще не догадываться о том, что их «трудный» пациент с непонятными жалобами как раз и является тем, кто болен психосоматическим заболеванием. И только, когда человек уже прошёл ряд кабинетов и десятки обследований, и в итоге он уже измученный и уставший, а причин плохого самочувствия так и не нашли, тогда его отправляют на консультацию к психиатру или неврологу.

Благо, что в последнее время растет медицинская осведомленность населения. Значительно меньше становится тех, кто симптомы панических атак списывают «порчу и сглаз». Наконец-то пациенты с такими жалобами ищут профильных специалистов – врачей-неврологов и психиатров.

– Бывает такое, что пациент приходит на прием со словами: «Доктор, вы моя последняя надежда. Я уже обошёл всех, и знаю, что только вы мне поможете».

– Это звучит очень настораживающе. Дело в том, что заболевания, которые мы относим к тревожно-депрессивным расстройствам, лечатся месяцами. Подбирать терапию нужно очень

долго, консультировать не один раз. А человек меня увидел однажды и решил, что сейчас, с первой минуты, ему будет назначено лечение, которое поможет буквально завтра.

Обычно такие пациенты спрашивают: «А можно я запишу ваш телефон? Обещаю, что звонить не буду, просто на всякий случай, вдруг препараты не подойдут». Номер, конечно, можно дать, но зачастую буквально через пару дней человек начинает названивать с претензиями, что препараты принимает, но ему лучше не становится. Или пропадает на три-четыре месяца, а потом звонит и сообщает, что лекарства он не принимал, потому что засомневался, и спрашивает, что я ещё могу посоветовать.

То есть, человек предпочитает дёргать врача по телефону, а не приходить на повторные консультации, не говоря уже о курсовом наблюдении и лечении в течение года. А ведь доктор может просто не вспомнить, кто ему звонит, потому что в день на приём приходит шесть—десять человек. Если пациент хочет получить хороший результат от лечения, он должен повторно приходить к врачу на приём минимум один раз в месяц в первые полгода лечения и рассказывать о приёме препаратов и изменении своего состояния.

– В поликлиниках на одного пациента вообще минут пятнадцать времени приходится.

– Зачастую и за это короткое время врач-невролог, посмотрев предыдущие обследования, может понять в чем дело, поставить правильный диагноз и назначить лечение. Но никому не приходит в голову в поликлинике просить личный номер телефона врача и консультироваться по нему в любое время суток. Если пациент не совсем понимает свой диагноз «тревожно-депрессивный синдром» и продолжительность лечения, стоит походить к врачу-неврологу несколько раз с дневником самочувствия или искать психиатра-психотерапевта, если доверия к назначениям невролога нет.

– К сожалению, в обществе бытует масса предубеждений, из-за которых решиться обратиться к психиатру непросто. Люди начинают искать альтернативу «психолог- психотерапевт» вроде звучит помягче. Как выбрать специалиста?

– Психолог – это не врач, психологическое образование отличается от медицинского. Психолог может оказать существенную помощь в том случае, если вопрос состоит в семейных проблемах или трудностях на работе, из-за которых возникла тревога или депрессия.

Но, как я уже сказала, лечить физические и психические жалобы нужно только в комплексе с назначениями врача-невролога или психиатра с повторными посещениями этого специалиста. Потому что только одни лишь разговоры с психологом не помогут избавиться пациенту от его физических ощущений болезни (тревога, бессонница, сердцебиение, боли в животе), если они имеют биологическую основу и возникли из-за нарушения работы нервной системы: дисбаланса нейромедиаторов и нарушения связей между нейронами.

– Похоже, слово «психотерапия» стало общеупотребительным, часто люди говорят друг другу: «Не занимайся со мной психотерапией, я и сам все знаю».

– Если мы говорим о специальных методах, а не о разговорах по душам, то все же психотерапия – это наука. Психотерапией может заниматься и психолог, и врач. Если решено обратиться к психотерапевту, то имеет смысл узнать о его образовании. Если он врач, то можно объединить и медикаментозное лечение, и терапевтические беседы у одного специалиста.

Из всех видов психотерапии наибольшее признание получил метод когнитивно-поведенческой психотерапии. В процессе прохождения курса специалист порекомендует улавливать негативные мысли, автоматически возникающие в головном мозге, и не допускать их развития в страшные сюжеты с самыми негативными вариантами развития событий.

Однако психотерапия не является волшебной процедурой, дающей мгновенный результат. Образно говоря, она не превратит чёрного лебедя в белого, а воробья в аиста. Врач последовательно объясняет пациенту, почему у него возникло это состояние, какие структуры головного мозга ответственны за развитие его симптомов, и происходит совместная выработка копинг-стратегий – методов преодоления негативных последствий стресса и повышения стрессоустойчивости.

– А что означает диагноз «дисциркуляторная энцефалопатия» – ДЭП?

– Это тоже устаревшее название. В настоящий момент используют термин «хроническая ишемия головного мозга». Помню, когда я училась в интернатуре, диагнозы ДЭП (дисциркуляторная энцефалопатия) ставили тем пациентам, кому за 40, а ВСД (вегетативно-сосудистая дистония) – детям и людям до 40 лет. Сейчас критерии диагностики изменились. По возрастам не делят. Но иногда пациенты приносят на приём заключения, в которых написан диагноз ДЭП молодым людям с тревожно-невротическим расстройством. Честно говоря, у меня это вызывает недоумение. Значит, этот врач недостаточно изучает современную литературу по своей специальности и не посещает медицинские конференции.

До сих пор приходят пациенты старшего возраста, которым лет 10—15 назад было рекомендовано проходить курсы капельниц с сосудистыми и ноотропными препаратами два раза в год. Всё это методы, которые не нашли научного подтверждения клинической эффективности. Теория о том, что для оздоровления нервной системы нужно периодически проходить курс капельниц, как священный ритуал, оказалась неверной.

– А как же «святое» – чистить сосуды от бляшек, чтобы улучшить мозговое кровообращение?

– Очистить сосуды от бляшек невозможно, можно только проводить профилактику их развития с помощью правильного питания и здорового образа жизни. Лечить нужно гипертоническую болезнь, сахарный диабет 2 типа и ожирение. Именно это и является способом улучшить мозговое кровообращение. А чтобы атеросклеротические бляшки не стали больших размеров и не закрыли просвет сосудов, нужно обязательно лечиться медикаментозно, а по показаниям даже делать операцию на сосудах.

Как себе пациенты представляют чистку сосудов? Можно вообразить, что произойдёт, если «щеткой с ёршиком» очистить водопроводную трубу, внутри которой налипла грязь. Если это было гипотетически возможно, то после такой процедуры кусочки бляшки оторвались бы, закрыли просвет сосуда, и возник бы ишемический инсульт или инфаркт.

– Некоторые люди утверждают, что раньше капельницы помогали, а теперь вот эффекта нет. Вам задают вопрос: «Почему так?»

– Эффект плацебо никто не отменял. Мы живем в суете дел и событий, которые порой очень изматывают. И когда человек уделяет время себе, отдыхает от дел, полдня проводит на капельницах, то самочувствие действительно улучшается. Однако, степень «переутомления» нервной системы бывает разной, «плохо леченные» гипертоническая болезнь, атеросклероз и сахарный диабет прогрессируют, и если дело дошло до нарушения обмена нейромедиаторов в головном мозге, то подобными капельницами не обойтись, поэтому самочувствие и не улучшается. Нужны другие препараты (антидепрессанты, транквилизаторы, а порой и нейролептики), а по показаниям ещё и препараты, которые применяются для лечения расстройств памяти.

– Так что же все-таки с диагнозом ДЭП? Есть ли он за рубежом?

– Нет, это тоже отечественный термин. Как и новое название «хроническая ишемия головного мозга». В западной литературе все симптомы, которые характерны для этого заболевания (слабость, забывчивость, плохое настроение, утомляемость, снижение памяти, нарушения сна) объединяют в рубрики «депрессия», «когнитивные нарушения» и «деменция».

– Как вы относитесь к такому диагнозу как «любовь»? К примеру, я несколько раз «болела».

– Да, Всемирная организация здравоохранения действительно внесла патологическую привязанность и навязчивые мысли об объекте любви (человеке) в реестр заболеваний. Международный шифр болезни F 63.9. «Любовь» отнесли к психическим отклонениям, к пункту «Расстройство привычек и влечений», после алкоголизма, игромании, токсикомании, клептомании.

Общие симптомы:

– навязчивые мысли о другом человеке;
– резкие перепады настроения;
– уязвленное чувство собственного достоинства;
– жалость к себе;
– бессонница, прерывистый сон;
– необдуманные, импульсивные поступки;
– перепады артериального давления;
– головные боли;
– аллергические реакции;
– синдром навязчивой идеи.

Для человека, не имеющего опыта работы с пациентами с любовной зависимостью, может показаться странным, что можно объявить любовь болезнью и присвоить ей номер. Но в этом случае речь ведь не идёт о гармоничных романтических чувствах. Надо вспомнить, что сложные межличностные отношения, бурные негативные эмоции, неразделённая любовь приводят к острому, а затем к хроническому стрессу, который может вылиться в серьёзное расстройство нервной системы и психики.

В моей практике я периодически встречаюсь с пациентами, которым можно было бы поставить диагноз F 63.9. «Расстройство привычек и влечений», любовная зависимость, болезненная страсть к объекту привязанности. Чаще этим расстройством страдают женщины, но встречаются и мужчины. Приведу два примера.

На приеме симпатичный молодой человек 26 лет, который в течении двух лет приходит с различными жалобами на нервозность, раздражительность, нетерпимость к людям и просит выписать таблетки, чтобы не испытывать подобных эмоций. Проведя опрос, я выяснила, что он учился в другой стране почти два года, потом вернулся жить в Россию, но мечтает уехать обратно за океан. Просил назначить лечение на тот период, пока он ждет возможности поменять место жительства.

Прошло несколько месяцев, парень снова пришел на приём, сказал, что препараты помогают, что он начал организовывать бизнес, и мысли об эмиграции отступили на второй план. Однако через некоторое время он снова появился у меня в кабинете и попросил проконсультировать его девушку, которая страдает вагинизмом (боли при половом акте), из-за которого их половая жизнь затруднена, а периодически, даже когда боли не беспокоят, то секса она избегает, потому что радости от сексуального контакта у нее нет.

На приём пришла его избранница. Это была неприметная полноватая девушка. Выяснилось, что она уже была замужем и развелась именно из-за нежелания заниматься сексом. Никаких явных стрессовых ситуаций, тем более, насильственных действий, которые могли бы

привести к развитию этой патологии ни я, ни психолог не выявили. Я назначила лечение, а психолог пригласила на курс когнитивно-поведенческой терапии.

Через год парень снова пришел на прием с жалобами на утомляемость и сниженный фон настроения. На мой вопрос: «Как ваша личная жизнь?», он ответил, что ничего не изменилось, секса с девушкой так же нет, и что он периодически обращается к посторонним половым связям.

Спрашиваю: «А чего вы ждете? Прошло почти два года, как я вас знаю. Вы интересный молодой человек. Ведь так лет десять пройдет, пока ваша избранница решит, нужны ей сексуальные отношения с вами или нет».

На что он ответил: «Да у неё за это время даже случилась сексуальная связь с её бывшим. Она объяснила мне, что ей нужно было проверить, остались ли у неё к тому чувства. В итоге она решила, что все-таки будет со мной. Я простил её, потому что я её люблю. У неё глаза красивые, она очень умная и хорошо готовит».

Всё бы ничего в этой истории, и такое случается, если бы не затяжная депрессия у молодого человека. Согласитесь, что два года – это достаточно долго для того, чтобы принимать антидепрессанты, а симптомы депрессии не ушли. Значит, надо разбираться с той ситуацией, которая не дает парню жить радостно и увлеченно.

Другая история, которую я хочу вам рассказать, о женщине 39 лет. На приём её привели родители. Она жаловалась на утомляемость, отсутствие радости от любимых дел, которые ей были интересны ранее – чтение книг, прогулки, любимые фильмы. У нее нарушен сон – она просыпается несколько раз за ночь в холодном поту, и ей часто снятся кошмары.

Задаю вопросы: «Что могло послужить причиной такого самочувствия? Есть ли у вас семья, дети, работа?». Отвечает, что её отец считает, что вся причина в её муже, и ей надо с ним развестись. Детей у них нет, потому, что муж считает, что она никак не подготовится к их рождению, хотя они в браке более 10 лет. То он говорил, что в течение года она неправильно питалась, а на следующий год мало занималась спортом, затем пропустила время и не прошла полного медицинского обследования, а потом несколько раз болела простудными заболеваниями.

В общем, по мнению супруга за 12 лет их брака не было ни одного года, в котором хорошо было бы родиться ребенку. На мой вопрос: «Почему вы до сих пор живете с таким абьюзером?» (англ. abuse – унижать, подавлять, ограничивать свободу), она ответила: «Мне казалось, что я люблю его, лучше его нет никого на свете и он во всем прав, хотя он и с любимой работы меня уволил и всех подруг моих отстранил. Только в последнее время мне стало казаться, что родители правы, и моё плохое самочувствие связано с семейной жизнью. Но, что мне делать я не знаю. Вот пришла к вам для обследования и лечения. Вдруг у меня что-то не так со здоровьем. Хотя мы были уже у нескольких врачей, они ничего не нашли и отправили меня к неврологу и психотерапевту».

Согласитесь, что это ненормальная любовь, и такой женщине теперь нужен длительный курс медикаментозной терапии депрессии с поддержкой психолога.

– Но ведь это всё же не синдром Адели!

– Слава Богу, нет. Но давайте поясним читателям, что это такое. Это психическое расстройство, характеризующееся любовной зависимостью и болезненной страстью к объекту привязанности. Проявляется преследованием объекта любви, стремлением участвовать в его жизни, снижением интереса к прежним отношениям и увлечениям.

Синдром получил своё название от имени Адели Гюго, дочери известного писателя. Девушка влюбилась в офицера Альберта Пинсона, влюбленность переросла в одержимость. Она его преследовала, вмешивалась в его жизнь, расстроила его свадьбу. Офицер избегал кон-

тактов с Аделью, но её это не останавливало. Она считала себя женой Пинсона и, веря в свои иллюзии, постепенно стала сходить с ума. Умерла Адель в психиатрической лечебнице.

В моей практике был случай, когда родители познакомили парня с «хорошей девушкой», то есть, сами выбрали сыну будущую жену. Молодые люди сходили на пару свиданий, и она сочла, что он ей не пара. Прошёл год. Парень уехал в другой город, женился. И тут отвергнувшая его девушка вдруг звонит ему и говорит, что надо срочно увидеться. Он спрашивает, в чём дело, а она отвечает: «Дело в том, что я тебя люблю». Мужчина ответил, что поздно об этом думать, его жена ждёт ребёнка. Но девушку это заявление не остановило. Она принялась осаждать отвергнутого ранее поклонника звонками и смс. Это продолжается уже восемь лет, и она не считает себя больной, хотя налицо все симптомы синдрома Адели, и закончиться это может очень печально.

Любовь и одержимость в молодости как-то можно ещё представить. Но у меня есть знакомая, которая в 67 лет волею случая встретилась с одноклассником. Полвека не виделись. Выпили по чашке кофе. Пенсионерка припомнила, что как-то они целовались на школьной вечеринке, и решила, что он любил её всю жизнь.

И бедный мужчина «пропал». Ежедневно она забрасывает его бесчисленными сообщениями в соцсетях, шлёт клипы и сердечки, рвётся ехать к нему в Питер и обновляет гардероб, чтобы отдыхать с ним в санатории в Кисловодске. Она почему-то решила, что он этого хочет.

А мужчина живёт себе с женщиной, которая моложе его на 20 лет, и на каждое десятое послание одноклассницы отвечает «букетиком» в Ватсапе. Он вежливый.

– Но почему эти преследуемые мужчины просто не заблокируют номера телефонов настойчивых дам, чтобы не получать больше сообщений?

– Возможно, такое внимание льстит их мужскому самолюбию. Или же они просто держат своих рьяных поклонниц как «запасной вариант», на тот случай, если вдруг расстроятся отношения с женой или подругой.

Итак, те симптомы, которые в неврологии по международной классификации болезней (МКБ) относятся к диагнозу «Другие расстройства вегетативной нервной системы, астено-невротический или астено-депрессивный синдром», в терминологии врача-психиатра будут соответствовать диагнозу «Тревожно-невротическое или тревожно-депрессивное расстройство». Но для больного в этом случае не так важно, как называется его болезнь. Важнее, чтобы он понял причины её возникновения, доверился врачу, позволил себе изменить образ жизни, окружение и настроился на перемены к лучшему.

Любовь тоже может болезненной и портить жизнь, заводя её в тупик. Лишь бы только не дошло до «синдрома Адели».

«Вегетососудистая дистония: когда тело сигнализирует о проблемах в психоэмоциональной сфере»

Врач-кардиолог Виталий ЗАФИРАКИ, доктор медицинских наук, профессор Кубанского государственного медицинского университета»:

– В России этот диагноз до сих пор очень любят. Звучать он может и как «вегетососудистая дистония» (ВСД), и как «нейроциркуляторная дистония» (НЦД), и как «синдром вегетативной дисфункции».

Обычно его устанавливают достаточно молодым пациентам, которые имеют определенные симптомы, но еще не успели нажить болезней с явными структурными нарушениями и не имели их от рождения (например, у них нет ишемической болезни сердца, клапанных пороков, кардиомиопатий и т.п.).

О каких же симптомах идет речь? Они очень разные, и не привязаны к какому-то единственному органу. Наоборот – эти симптомы могут исходить со стороны чуть ли не любого органа. Но чаще они как бы связаны с сердечно-сосудистой системой. Именно как бы… Это учащенное сердцебиение, перебои в работе сердца, всякого рода боли и дискомфорт в груди, колебания артериального давления, утомляемость. Но этим симптоматика может не ограничиваться, и в дополнение к перечисленному могут беспокоить приливы жара и холода, потливость, похолодание ладоней и стоп, ощущение кома в горле, чувство «непрохождения воздуха» в легкие, головокружение, нарушения сна, тошнота, вздутие живота, беспричинное повышение температуры до 37,0—37,3° и многое другое. Перечисленные симптомы могут наблюдаться в разных сочетаниях.

Ходят такие пациенты к самым разным врачам – к кардиологу, неврологу, эндокринологу, гастроэнтерологу. Толку от этих хождений обычно мало. Врачи чаще всего не любят иметь дело с такими пациентами и не знают, чем и как им помочь. В лучшем случае врач тщательно обследует такого пациента и не найдет у него ничего существенного. В худшем – обнаружит какую-нибудь не имеющую отношения к делу находку (типа аномалии развития позвоночных артерий, или дополнительной хорды в сердце, или небольшой бляшки в сонной артерии или еще что-то столь же малозначимое) и обрадуется: «Вот, оказывается, в чем дело! Это всё из-за того, что кровь в мозг недостаточно поступает!»

Назначит что-нибудь «для улучшения мозгового кровообращения», или «для укрепления сердечной мышцы», или еще что-нибудь настолько же бездоказательное. Части пациентов даже станет легче после такого вот «лечения», отчасти потому, что хронические болезни зачастую текут волнообразно, отчасти из-за повышенной внушаемости некоторых пациентов. Но обычно результаты лечения таких пациентов очень скромные. Ибо это и не лечение вовсе, и не та болезнь, которую пытаются лечить.

Страдания таких пациентов вполне реальны, вот только страдают они не от придуманной врачами болезни под названием «ВСД» или «НЦД», а от другой патологии. ВСД или НЦД – диагноз, который врачи устанавливают или по незнанию, или в силу непреодолимых обстоятельств (сложные взаимоотношения со страховыми компаниями и т.д.).

На самом же деле за этим диагнозом скрывается… внимание! Почти всё то, что составляет так называемую малую психиатрию: тревожные расстройства, депрессии, соматоформные расстройства, невротические расстройства, реакции на острый и хронический стресс и др. Диагностировать и лечить такую патологию основная масса врачей общемедицинской лечебной сети не умеет. К психиатрам обращаться в нашей стране как-то не очень принято. Это связано с так называемой «негативной стигматизацией». Однако даже не все психиатры оди-

наково хороши в лечении этой патологии. Иногда мне приходилось видеть пациентов, которым психиатры делали странные, а главное, неэффективные назначения. Дело в том, что тот круг заболеваний, которым занимается психиатрия, включает не только шизофрению и другие психозы, но и те расстройства, которые изучаются в рамках так называемых «пограничных психических расстройств». А это и будут как раз те самые расстройства, перечисленные выше, которые, будучи не распознанными, проходят под ярлыками «ВСД» или «НЦД».

Первая задача врача, который подозревает что-то из этого круга патологии – убедиться в том, что беспокоящие пациента симптомы реально не связаны с каким-либо телесным недугом. Наличие описанных выше симптомов, которые могут трактоваться врачами как «ВСД», не исключает их сосуществование с истинно сердечно-сосудистыми заболеваниями: артериальной гипертонией, ишемической болезнью сердца, сердечными аритмиями, клапанными пороками сердца, кардиомиопатиями и др. Очень важно не пропустить эти болезни и не списывать, не разобравшись тщательно, ощущения таких пациентов исключительно на неполадки в психоэмоциональной сфере. Именно поэтому консультация кардиолога для таких пациентов обязательна. Обязательна она еще и потому, что сами симптомы вегетативных нарушений могут пересекаться с симптомами сердечно-сосудистых заболеваний, и дифференциальная диагностика между ними может быть очень непростой. Иногда приходится задействовать значительный диагностический арсенал, чтобы убедиться в отсутствии заболеваний, входящих в компетенцию кардиолога.

Надо вникнуть в жалобы пациента, выяснить историю развития болезни, выполнить осмотр, наметить план диагностического поиска на основании сформулированной рабочей диагностической гипотезы. Если в ходе обследования действительно никакой кардиологической патологии не находится, то либо врач отправляет пациента к психиатру, либо сам занимается уточнением характера имеющихся нарушений и подбирает лечение. Если, конечно, врач этому обучен. Так делают во всем мире: эти расстройства, кроме совсем уж тяжких, лечат не психиатры, а врачи соматической, «телесной» медицины. Ибо на каждого второго-третьего пациента общемедицинской сети, имеющего эту патологию, не хватит никаких психиатров. Ну не могут все врачи переквалифицироваться в психиатров! Однако новой компетенции, всякому новому навыку надо специально обучаться. Поэтому было бы хорошо, если бы врачи, не являющиеся психиатрами, проходили бы дополнительное последипломное обучение в области малой психиатрии. Некоторые врачи так и поступают, но это исключительно их собственная инициатива.

Помощь при таких расстройствах включает и медикаментозное лечение, и немедикаментозное. Краеугольным камнем такого лечения обычно является подбор антидепрессанта (их много, и они имеют разные свойства), часто в сочетании с дополнительным лечением в виде атипичных нейролептиков и, возможно, транквилизаторов. Через некоторое время количество препаратов в случае успеха лечения уменьшают. Когнитивно-поведенческая терапия позволяет осмыслить причины и механизмы своей болезни, научиться поведенческим стратегиям совладания с ситуацией.

Выявление провоцирующих факторов и разумная коррекция образа жизни, исходя из этого, вносят не менее важный вклад в лечение. Кроме того, оказалось, что определенные черты личности предрасполагают к тому кругу расстройств, который скопом называют «ВСД». Это тревожность, низкая стрессоустойчивость, излишняя впечатлительность, и это тоже требует проработки с психотерапевтом.

Обычно в той или иной степени медикаментозная поддержка необходима большинству таких пациентов. Однако и позитивные эффекты регулярных физических тренировок, и работа в русле когнитивно-поведенческой терапии – это то, чего не смогут заменить никакие лекарства. К сожалению, малоподвижный и неупорядоченный образ жизни – частые спутники проблем, именуемых «ВСД».

Итак, в случаях, когда наблюдаются симптомы, трактуемые врачами как проявления ВСД, может иметься одна из трех разных ситуаций:

1. Сердечно-сосудистой патологии нет, имеются только нарушения со стороны психоэмоциональной сферы и их телесные эквиваленты.

2. Сочетание сердечно-сосудистой патологии и нарушений со стороны психоэмоциональной сферы, которые могут взаимно усугубляться.

3. У пациента имеется только сердечно-сосудистая патология.

Во всех этих случаях подразумевается консультация врача-кардиолога в качестве обязательного этапа диагностического поиска.

Когда жизнь не радует, или что такое ангедония

– Есть такая статистика: около 40% пациентов с депрессией вообще не обращаются к врачу, около 50% пациентов с депрессией не рассматриваются врачами-терапевтами как болеющие этим заболеванием. 2/3 из тех, кому поставили диагноз «депрессия», не получают надлежащего лечения по разным причинам. Лишь 25% больных депрессией назначаются антидепрессанты, однако зачастую в недостаточной дозировке. Почему врачу общей практики так сложно поставить диагноз «депрессия»?

– Мы описали основные черты депрессии в главе «Гендерные различия депрессии». Давайте ещё раз повторим, потому что это очень важно:

К основным симптомам, из которых должно быть не менее чем два, относятся:

1. Снижение настроения, грусть, опустошенность;
2. Снижение интереса или удовольствия от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями (ангедония);
3. Снижение энергии и повышенная утомляемость, заторможенность.

Так же должно быть не менее двух дополнительных симптомов:

1. Снижение концентрации внимания и умственной активности или памяти;
2. Значительные изменения в аппетите (выраженная потеря или прибавка веса);
3. Нарушения сна в виде бессонницы или чрезмерной сонливости:
4. Чувство вины, снижение самооценки (неадекватная оценка своих достижений в сторону никчемности и несостоятельности);
5. Мысли о бессмысленности жизни или о смерти;
6. Сексуальная дисфункция (снижение либидо, аноргазмия, отсутствие приятных ощущений при наступлении оргазма).

Кроме того, могут отмечаться разнообразные телесные симптомы, такие как головокружение, боли в разных частях тела, в том числе, в области спины и головы, зуд, слабость, функциональные нарушения работы внутренних органов (сердца, кишечника, мочевыделительной системы).

Встречаются и такие проявления как потеря интереса к любимой работе или хобби, раздражительность и сексуальная дисфункция.

– Часто ли врачи общей практики задают вопросы: «Какое у вас настроение? Как вы спите? Не набрали ли вы значительно вес»?

– Даже если эти вопросы задаются, пациент может недовольно ответить: «Какое это имеет отношение? Я вам сказал, что у меня постоянно болит голова, при чём тут моё настроение? Да и может ли оно быть хорошим, когда я каждый день глотаю таблетки!» Согласитесь, вряд ли врачу захочется вступать в полемику. Поэтому проще назначить обследование, (ведь именно этого требует пациент), чем столкнуться с такой негативной реакцией.

Как действую я в таких случаях? Зачастую настаивать на первом приёме на своем мнении бесполезно, пациент либо напишет жалобу, либо больше никогда не придёт. Поэтому действительно лучше назначить диагностику, порекомендовать вести дневник самочувствия, чтобы пациент записывал каждый день жалобы, которые он замечает, и пригласить его на повторный приём. Если же всё-таки удаётся найти общий язык на первом приёме, то можно сказать так: «Мы назначим пробный курс лечения. Пусть даже в нём будут антидепрессанты, которым вы не очень доверяете, но если они вам не помогут, то уж точно не навредят, мы их потом отменим, ведь зависимости они не вызывают». И порекомендовать прийти на приём через месяц.

И, вы знаете, в большинстве случаев пациенты возвращаются со значительным улучшением морального и физического состояния.

— Я слышала выражение: «Депрессия без депрессии». Бывает ли такое состояние, или это больше фигура речи?

– На самом деле врачи терапевтических специальностей крайне редко наблюдают классическую картину депрессии с жалобами на снижение настроения или ангедонию. Большинство пациентов рассказывают либо о недостатке энергии, либо о нарушениях памяти, проблемах с пищеварением (вздутие, поносы, запоры), либо о различных болевых синдромах в теле. На расстройства сна обращают внимание редко, потому что многие думают, что просыпаться и бегать каждый час в туалет – это нормально. Только если уж часто повторяется пробуждение в три-четыре часа ночи с невозможностью дальнейшего сна, или утром невозможно проснуться, во сколько бы ни лёг, тогда действительно эти жалобы озвучиваются. И то пациенты ищут врача-сомнолога, никак не подозревая, о том, что это один из основных симптомов депрессии. Про набор веса на фоне депрессивного расстройства, вообще никто из пациентов не задумывается, потому что 90% полных людей уверены, что виновата генетика или гормоны.

– В медицине есть такой термин «ларвированная депрессия». Почему так названо это состояние?

– Это и есть то, о чем вы спросили: депрессия без депрессии. При этом при этом виде депрессивного расстройства снижение настроения не отмечается вообще. Основными жалобами являются соматические (телесные), которые пациенты и несведущие в этой теме врачи приписывают различным другим заболеваниям, которые действительно могут быть у данного человека. Есть такой термин коморбидные заболевания, это когда у одного человека может быть несколько одновременно болезней: ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь сердца, мигрень, остеоартроз, сахарный диабет и другие.

И в этом нет ничего удивительного, по статистике, к 50 годам у человека «накапливается» от пяти до девяти заболеваний, существующих одновременно. Каждое из них в организме «живет своей жизнью», то входя в фазу обострения, то затихая в ремиссии. Имеющаяся на их фоне депрессия значительно ухудшает течение соматических болезней. Например, у пациентов с ишемической болезнью сердца риск сердечного приступа выше в два-три раза, чем у больных с ишемической болезнью сердца, но без депрессии.

Другой пример, когда имеются различные длительные болевые ощущения в мышцах, причиной которых может быть депрессивное расстройство. Например, боли в мышцах шеи или других отделах спины лечат неправильно, постоянно применяя нестероидные противовоспалительные препараты. От этих лекарств, если они принимаются очень часто или длительно, в итоге возникает много побочных эффектов, одним из самых опасных является желудочно-кишечное кровотечение.

– «Депрессия без депрессии» называется по-разному: атипичная, скрытая, соматизированная, вегетативная, ларвированная, латентная, маскированная. При таком виде депрессии на первый план выходят соматические, вегетативные проявления «маски» депрессии. Что обозначает термин «ларвированная»?

– Слово произошло от латинского «Larva» – «маска» – это депрессия, скрытая под маской другого заболевания. Например, такая депрессия может проявляться в облике алкоголизма, бронхиальной астмы, гипертонии или хронического цистита, которые не поддаются обычным способам лечения.

– Вы часто говорите вместо слова «депрессия» термин «депрессивное расстройство». Почему так?

– На самом деле термин «депрессия» не совсем правильный. Так как подразумевает под собой лишь одно расстройство. А на самом деле существует нисколько различных видов депрессии, которые имеют разную продолжительность и разнообразные клинические проявления. Поэтому термин «депрессивное расстройство» более правильный.

Существуют следующие виды депрессивных расстройств:

Первый вид**: типичная большая депрессия (magor depression)**, которая подразделяется на несколько подтипов: атипичная депрессия, депрессия с тревогой, сезонная депрессия, меланхолическая эндогенная депрессия, психотическая депрессия.

Второй вид: **малая легкая депрессия (minor depression).**

Третий вид: **дистимия**

Четвертый вид: **биполярные расстройства** (депрессия является одной из фаз)

Пятый вид: **двойная депрессия (double depression)** сочетание большой депрессии и дистимии.

– Чем отличаются эти виды?

– Они отличаются тяжестью, продолжительностью и способностью к хроническому течению.

В клинической картине **большой депрессии** имеют место многие из перечисленных выше симптомов. Кроме того, у 80—90% пациентов риск развития повторных эпизодов в течение 10—15 лет значительно повышен.

Малая депрессия по течению похожа на большую, однако при ней меньше симптомов, и они могут быть менее выраженными.

Дистимия (от греческого thimos – настроение, dis – нарушение) – уныние, подавленность, печаль. Является более хроническим, но менее интенсивным процессом. Количество дней с наличием таких симптомов должно составлять не менее двух лет.

Биполярные расстройства относятся к расстройствам настроения и состоят из эпизодов мании или гипомании и депрессивного эпизода.

Мания (гипомания – менее выраженное проявление мании), – это период постоянно повышенного настроения или, наоборот, выраженной раздражительности продолжительностью не менее недели.

– Слово «мания» как-то пугает, сразу представляются маньяки. Какое оно имеет значение в этом контексте?

– В данном случае к маньякам оно не имеет никакого отношения. Чаще всего имеются такие симптомы: уменьшение потребности во сне, высокое самомнение или ощущение «смогу свернуть горы» (грандиозные планы); повышенная разговорчивость, полёт идей или скачка мыслей, отвлекаемость (вдруг начал делать несколько проектов или дел сразу); чрезвычайная активность в получении удовольствия, особенно если она сопровождается небезопасными действиями (безудержное транжирство, кутёж, сексуальные приключения). При биполярном расстройстве после таких приступов возникает фаза депрессии со всеми характерными для нее последствиями. В целом болезнь протекает по типу смены фаз.

– Мы рассмотрели один из видов большой депрессии – атипичная (ларвированная) депрессия. А что с остальными?

– Есть еще **депрессия с тревогой.** Это когда на фоне депрессивного расстройства существуют проявления тревоги. Напомню, что классификация тревожных расстройств включает восемь позиций:

· Паническое расстройство
· Генерализованное тревожное расстройство
· Агорафобия без панического расстройства
· Обсессивно-компульсивное расстройство
· Специфические фобии
· Посттравматическое стрессорное расстройство
· Острое стрессорное расстройство

Чаще всего встречаются первые два типа.

Очень часто депрессия и тревога сопутствуют друг другу, в этом случае психиатры пишут диагноз: «смешанное тревожно-депрессивное расстройство».

— Что такое сезонная депрессия?

– Из названия видно, что возникновение депрессивного расстройства совпадает с каким-либо сезоном. Даже далеким от медицины людям известно сезонное расстройство, связанное с набором веса – сонливость, тяга к сладкому, нежелание заниматься спортом или же просто много двигаться, набор веса. Чаще всего оно возникает поздней осенью и заканчивается к весне. Причиной его является снижение солнечной активности, в связи с этим в головном мозге повышается уровень мелатонина и снижается количество серотонина, что и проявляется в описанной симптоматике. Для профилактики рекомендуется больше бывать на свежем воздухе. Даже если пасмурно, солнечные лучи всё равно проникают через облака и приносят больше пользы, чем обычное освещение в помещении. А уж если нет такой возможности, то надо использовать в комнате яркое освещение.

– Существует ещё и психотическая депрессия, иначе ее можно назвать бредовой. Какие у нее черты, как её выявить?

– Такая депрессия чаще встречается у людей после 60 лет. Для неё характерны более выраженные, чем при других подтипах депрессии, двигательная заторможенность, когнитивные нарушения, ипохондрия, тревога, чувство вины, нарушения сна, задержка стула. Особенно важно, что при психотической депрессии могут быть бредовые идеи и галлюцинации.

Например, недавно на приеме был пациент, которого привела дочь, он утверждал, что Covid «разъел» все его органы. Он так решил, потому что у него болит сердце, пучит живот и не хватает воздуха. Дочь утверждала, что врачи несколько раз его обследовали, в том числе на коронавирус, но ничего не нашли. К психиатру он идти не хотел, согласился обратиться к неврологу.

Я сразу сказала, что необходим визит к психиатру, потому что лечение требует назначение нейролептиков в тех дозировках, которые в неврологии не применяются. Пациент отказался. Но через неделю позвонил его сын и попросил контакты психиатра, потому что отец не дает никому покоя – среди ночи вскакивает, начинает взывать к Богу, просить избавить его от вируса, кричать, что смерть его от Covid уже близко.

Другой случай не менее впечатляющий, хотя и не такой яркий. Семидесятилетняя женщина годами мучает родственников, повторяя, что ее жизнь бессмысленна, и ей надо умереть. Всё что ни делают для нее родные – возят на отдых заграницу, дарят подарки, оказывают внимание, полностью материально обеспечивают – абсолютно не радует пациентку, она продолжает утверждать, что она никому не нужна, и её никто не любит.

— Что такое ангедония, и какое она имеет отношение к депрессии?

– Ангедония (приставка «ан» в греческом означает «без», «гедон» – удовольствие) – это снижение мотивации к получению приятных эмоций, уменьшение предвосхищающего удо-

вольствия (желания), или отсутствие ощущения удовольствия от завершения какого-либо важного или приятного дела.

В переводе с греческого «гедонизм» – это наслаждение, удовольствие. Основоположником гедонизма считается древнегреческий философ Аристипп, современник Сократа. Это учение подразумевает, что смысл жизни и высшее благо человека в удовольствии, все остальные человеческие ценности – это лишь инструменты, которые помогают ему этого удовольствия достичь.

Термин первоначально был введен в 1886 году Теодюлем-Арманом Рибо (французский психолог).

Ангедония – это не самостоятельное расстройство, а симптом. При многих видах депрессии ангедония является одним из главных проявлений.

В нашем контексте, применительно к депрессии, это соотносится как то, что все мысли и дела, которые человек планирует или осуществляет, не приносят ему ощущение радости и вообще снижено желания чем-то заниматься.

Физическая ангедония:

· Еда – отсутствие удовольствия от еды, которое приводит к значительному уменьшению потребления пищи и потере веса

· Звуки – музыка не приносит удовольствия

· Запахи – любимые духи не радуют

· Тактильные ощущения – нет радости от объятий, массажа

· Сексуальная ангедония у мужчин – эякуляция без сопутствующего чувства удовольствия, аноргазмия у женщин

Эстетически-интеллектуальная ангедония:

Любимая работа, хобби и творчество, прогулки, путешествия не окрыляют и не вызывают желания в них вовлекаться. Перестает вызывать радость и удовлетворение даже получение высокой зарплаты и наград.

Социальная ангедония:

Снижение интереса к общению с другими людьми, нежелание путешествовать и отказ от посещения интересных мероприятий – кино, театр, выставки.

Вместо предвкушения или радости пациенты с ангедонией испытывают равнодушие. При этом они нередко пытаются имитировать какие-то эмоции, чтобы не расстраивать окружающих.

— Ангедония – это психологическое явление, или при ней имеются какие-то изменения в головном мозге?

– Области головного мозга, вовлеченные в формирование ангедонии, включают префронтальную кору, полосатое тело, амигдалу, переднюю поясную кору, гипоталамус и вентральную область покрышки. Учёные узнали об этом с помощью специальных методов нейровизуализации, таких как позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ).

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.