

УДК 616.891.4:615.32+616.8-085.851

### **КОМПЛЕКСНАЯ НЕЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ НЕВРАСТЕНИИ**

С.А. Божко, Ю.А. Бекетов

Кафедра нелекарственных методов лечения и клинической физиологии

ФДПОП ММА им. И. М. Сеченова

Тел.: (903) 764-47-95, e-mail: [dr.simon@mtu-net.ru](mailto:dr.simon@mtu-net.ru)

**Резюме:** Проведенное исследование показало достаточно высокую эффективность комплексного применения нелекарственных методов при лечении неврастении. Использование сочетания психотерапии и фитотерапии показано пациентам, в клинической картине которых астеническая симптоматика сочетается как с тревожными, так и с депрессивными нарушениями. Применение сочетания рефлексотерапии и психотерапии оправдано при наличии достаточно выраженных соматовегетативных проявлений и тревожного компонента. Метод психотерапии в качестве монотерапии продемонстрировал недостаточную эффективность в рамках времени, отведенного для проведения данного исследования.

Ключевые слова: фитотерапия, рефлексотерапия и психотерапия, неврастения.

### **COMPLEX NON-MEDICINAL THERAPY OF NEURASTHENIA**

S.A. Bozhko, Yu.A. Beketov

Tel.: (903) 764-47-95, e-mail: [dr.simon@mtu-net.ru](mailto:dr.simon@mtu-net.ru)

**Summary:** Combined use of non-medicinal methods in the treatment of neurasthenia has proved to be highly efficient and evidenced by the results of this study. Psychotherapy used in combination with phytotherapy is indicated for patients, which show clinical symptoms of asthenia associated with both anxiety and depressive disorders. Concomitant use of reflexotherapy and psychotherapy is justified, when there are clearly discernible somato-vegetative manifestations and an anxiety component. Using psychotherapy as monotherapy appeared to be insufficiently effectiveness in the given short time frame of this investigation.

**Key word:** phytotherapy, reflexotherapy and psychotherapy, neurasthenia.

В последующие годы «неврастения» была признана и в европейских индустриальных странах – в Германии (R. Neisser), во Франции (J.M. Charcot), став «большим» неврозом и заняв второе место после истерии (цит. по [9]). Считается, что неврастения является следствием истощения нервной системы, наступающего в условиях психического и физического перенапряжения, эмоционального стресса. Появлению неврастении могут способствовать любые факторы, снижающие адаптационные возможности организма (хроническое недосыпание, недоедание, авитаминоз, перенесенные соматические и инфекционные заболевания и др.) Распространенность неврастении составляет 1,2–5% [15]. Удельный вес больных неврастение среди всех госпитализированных пациентов с неврозами в 1970–80-е годы составлял около 70% [5]. В связи с этим проблема диагностики и лечения неврастении остается весьма актуальной.

**Целью** настоящего исследования явился сравнительный анализ эффективности лечения неврастении методом психотерапии в сочетании с рефлексотерапией (акупунктурой) и фитотерапией.

В исследование, проводимое амбулаторно на базе кафедры нелекарственных методов лечения и клинической физиологии ММА им. И.М.Сеченова, включались пациенты с диагнозом «неврастения» в соответствии с критериями диагностики по МКБ-10. Группу составили пациенты (96 чел.) в возрасте от 18 до 40 лет, из которых 31,6% женщин (31 чел.) и 68,4% мужчин (65 чел.). Критериями исключения являлись: наличие у больных астенических расстройств эндогенного и соматогенного происхождения, церебрастенических нарушений в рамках органического поражения ЦНС. Также в исследование не включали пациентов с любой клинически значимой соматической патологией.

Все пациенты предъявляли жалобы на плохое самочувствие, раздражительность, слабость, утомляемость, снижение работоспособности и общего тонуса, нарушения сна (трудности засыпания, поверхностный сон, кошмарные сновидения, бессонница), трудности концентрации внимания, расстройства запоминания, апатию и утрату интересов. Кроме того, у подавляющего числа пациентов (74%) выявлялись различные вегетативные нарушения – сердцебиение, аритмия, неустойчивость артериального давления, боли в левой половине грудной клетки, не связанные с физической нагрузкой, вазомоторная лабильность в виде быстрого покраснения или побледнения лица, потливость, похолодание конечностей, головные боли и др.

Характерно, что указанные жалобы появлялись в основном после эмоциональных или умственных нагрузок, к концу рабочей недели, а облегчались при устранении эмоционального напряжения, при нормализации режима труда, отдыха и сна.

Среди причин, вызвавших заболевание, можно было выделить наличие чрезмерного или длительного переутомления на фоне отрицательных эмоций и воздействия факторов, ослабляющих организм (нарушение режима сна и питания, интоксикации алкоголем и никотином), вследствие перенесенных соматических заболеваний, в ситуации повышенной ответственности, дефицита времени, недосыпания.

В соответствии с целью было проведено клинико-психологическое исследование. Психическое состояние пациентов определялось традиционным клиническим методом с использованием стандартных психометрических тестов: тест Спилбергера, шкала общего клинического впечатления (CGI), многомерный опросник для оценки астении MFI-20. Статистическую обработку материала выполняли с помощью Microsoft Excel и с использованием программы «Биостатистика». Оценку проводили до начала лечения, на 14, 21 и 35-й день терапии.

Для стандартизированной оценки наблюдаемых расстройств и терапевтической динамики анализ осуществляли с использованием МКБ-10 (Класс V, адаптированный для использования в РФ, М., 2000) и с помощью дифференциально-диагностических критериев, базирующихся на основании известных клинических принципов [4, 6]. Оценка эффективности и адекватности терапии включала в себя субъективную и объективную составляющие. Определение эффективности использованных в исследовании нелекарственных сочетаний было основано в первую очередь на оценке клинического состояния пациентов. По степени выраженности психотерапевтического эффекта состояние больных с невротическими расстройствами оценивалось как [3, 4] практическое выздоровление; значительное улучшение; незначительное улучшение; без эффекта.

Под **практическим выздоровлением** понималась полная редукция клинических болезненных проявлений, полное восстановление социальных связей пациента. Такие пациенты полностью осознавали психотравмирующую ситуацию и справлялись с ней. Ситуация в дальнейшем не воспринималась больным как психотравма. Прошлый опыт переживания психотравмы оценивался критически, пациенты находили возможность избегать аналогичных ситуаций либо реагировали на них адекватно. Появлялась стойкая позитивная оценка будущего. Восстанавливалось соответствие личностной оценки пациента и действительности. **Значительное улучшение** предполагало полную редукцию клинических болезненных проявлений, но обеднение социальных связей пациента. Болезненная ситуация относилась к прошлому, но воспринималась как психотравма, пациенты не находили реальных путей для избегания аналогичных ситуаций. Перенесенное расстройство оценивалось с формальной критикой. Позитивная оценка будущего носила нестойкий, вероятностный характер – толерантность к воздействию стрессорных факторов оставалась невысокой. **Незначительное улучшение** – это такое состояние, когда после лечения все же определялись затруднения в социальной среде, положительный эффект был нестойким и сохранялась тенденция к обострению болезненного состояния.

Используемыми методами нелекарственного лечения явились психотерапия, фитотерапия и рефлексотерапия (акупунктура), при этом базисом была психотерапия, а в качестве второго метода лечения применяли фитотерапию или рефлексотерапию. В контрольной группе проводилась только психотерапия. Таким образом, в зависимости от применяемых методов пациенты были разделены путем рандомизации на три сопоставимые группы, различающиеся между собой только схемой лечения.

Психотерапия включала в себя следующие методы: каузальную, рациональную, семейную психотерапию, а также обучение техникам аутогенной тренировки. При выборе методов психотерапевтического лечения к каждому пациенту подходили индивидуально, учитывая особенности его личности, роль среды, ситуации, глубину и психопатологическую структуру психического состояния, степень дезадаптации. В работе с пациентами важное значение придавалось психотерапевтическим методикам, стимулирующим механизмы активной компенсации («уход в деятельность»), формирование дополнительных мотиваций, реалистической оценки поведения и коррекцию коммуникативного стиля, выявление иррациональных установок больного, их пересмотр и закрепление у пациента гибких рациональных установок. Психотерапевтическое воздействие имело определенную этапность.

На **первом этапе** решалось несколько принципиально важных задач по выявлению структуры невротического конфликта, устранению чрезмерной фиксации на психотравмирующей ситуации, формированию у больного установки на лечение и осознание бесперспективности избранного им стиля жизни. На данном этапе необходимо стремиться к развитию положительных эмоций и здоровых установок на жизнь, направленных на выздоровление и возвращение к активной трудовой деятельности. Важное место занимали переключение пациентов от проблем к позитивному восприятию окружающей действительности, концентрация их внимания на радостных событиях в жизни, эмоциональных привязанностях. Необходимо было настроить больных на соответствующую схему лечения, добиться снижения значимости пассивных защитных механизмов, чтобы исключить «уход в болезнь» и определить валидные пути выхода из деструктивной ситуации. Обеспечить фон для второго элемента комплексной терапии: разъяснить механизм действия, возможные ощущения, динамику лечебного эффекта. Создание эмпатии и установление доверительного контакта с больными являлись важными звеньями лечебного воздействия, поскольку способствовали усилению доверия к врачу и снижению выраженности симптоматики.

**Второй этап** психотерапевтического лечения состоял в освоении пациентом психотерапевтических приемов, способствующих выработке новых стереотипов поведения и защитных психологических механизмов в период адаптации, реконструкции утраченных чувств собственного достоинства и необходимости возвращения к новым ролевым позициям в обществе, обучении навыкам самовнушения и закреплении полученных результатов. На этом этапе возможно создание пациенту рабочего пространства, предоставление инструментов в виде идей, предложений и методик, которыми больной может

воспользоваться для выработки собственных решений. Обучение составляло важную часть лечения, поскольку вселяло в больных уверенность, способствовало выполнению ими врачебных предписаний и тем самым улучшало прогноз заболевания.

В рамках психотерапевтического воздействия, в целях снижения душевного напряжения, для осознания своих чувств и настроений, а также чтобы понять свои слабые и сильные стороны, осмыслить прошлое с его позитивным опытом и жизненными ценностями, изменить отношение к сказанному и сделанному, больным было предложено вести дневниковые записи.

В исследовании использовался метод корпоральной акупунктуры. Курс лечения состоял из 10–12 сеансов иглоукалывания в специфические активные корпоральные точки. Рецептúra составлялась с использованием стандартного комплекса точек, куда включались точки «общего действия», местно-сегментарные и отдаленные точки, обладающие специфическими показаниями к применению [1, 2, 7, 12–14, 16].

Для получения наиболее благоприятных терапевтических результатов при применении рефлексотерапии (акупунктуры) учитывались три основных звена этого метода: приемы раздражения, место раздражения, момент раздражения [17].

Подбор точек акупунктуры, методов и режимов воздействия определялся индивидуально в зависимости от характера и степени выраженности невротического расстройства, сомато-вегетативной патологии, возраста, конституции, ослабленности организма, предшествующего лечения и клинических проявлений заболевания у конкретного пациента. При необходимости в рецептúру также были включены точки, воздействующие на характерные для данной категории больных расстройства: головную боль, нарушения сна, соматовегетативные проявления (нарушение функций сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, органов дыхания, половой функции и др.) [17,19,1,16].

В соответствии с классическими руководствами [1, 16, 17] в большинстве случаев лечение начиналось с применения второго варианта тормозного метода, оказывающего успокаивающее, болеутоляющее, десенсибилизирующее, тормозное влияние, в дальнейшем подключался второй метод («возбуждающий»), который применялся в качестве стимулирующего, тонизирующего, растормаживающего и возбуждающего действия при понижении двигательной, чувствительной и секреторной функции. Чередование методов являлось важным условием, поскольку лечебный эффект рефлексотерапии зависит не только от применяемых методов воздействия, но и от функционального состояния нервной системы больного [1, 16, 17]. Наиболее часто использовались следующие точки: да-чжу (или гао-хуан), цзу-сань-ли, хэ-гу (или нэй-гуань), сань-инь-цзяо, шэнь-мэнь (или тун-ли), сюань-чжун, бай-хуэй (или да-чжуй), фэй-шу, мин-мэнь (или ян-гуань), да-чан-шу (или сань-цзяо-шу), шэнь-шу (или пан-гуан-шу), чжун-цзи (или гуань-юань), цзянь-чжун-шу, вэй-шу, цюй-чи (или вай-гуань), син-цзянь (или нэй-тин).

Метод фитотерапии подразумевал использование лекарственных сборов. При составлении фитопротописи для нашего исследования использовались только травы, разрешенные к применению и описанные в руководствах, а также доступные и адаптированные для пациентов той местности, где проводилось исследование (средняя полоса России) [8, 10, 11]. При составлении сбора учитывались спектр терапевтического действия каждого назначаемого растения, тип психопатологического расстройства, синдромологическая картина, имеющиеся в анамнезе соматовегетативные заболевания, наличие или отсутствие противопоказаний и аллергических проявлений. Применение именно сборов растений базировалось на том, что эффект от приема нескольких растений выше, влияние на организм более разностороннее, а действие мягче [11]. Использованные в исследовании травяные сборы включали в себя, как правило, 5–7 компонентов.

Основные травы, использованные в исследовании в составе фитосборов: валериана лекарственная (корневище и корень), пустырник пятилопастный (трава), мята перечная (листья), вахта трехлистная (листья), боярышник кроваво-красный (цветки), сушеница лесная (трава), тимьян ползучий (чабрец) (трава), душица обыкновенная (цветки и листья), донник лекарственный (листья), смородина черная (листья), ромашка аптечная (цветки), шиповник коричный (плоды и листья), крапива двудомная (листья), зверобой продырявленный (трава), календула лекарственная (цветки), череда трехраздельная (трава), рябина обыкновенная (плоды), сенна (листья).

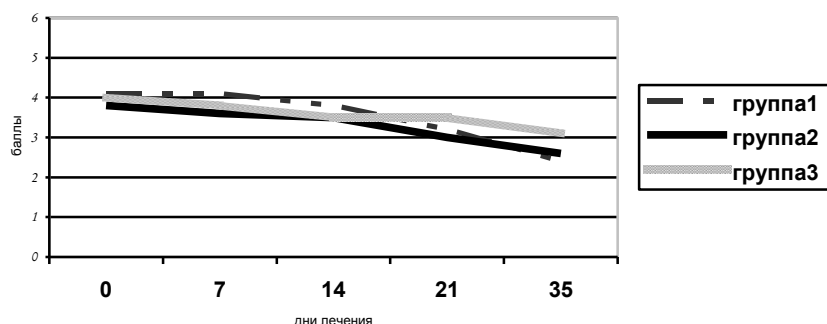
Пациентам было предложено заваривать фитосбор в пропорции 1 ст. ложка сбора на 300 мл кипятка, настаивать не менее 30 мин и принимать по стакану 2–3 раза в день в течение курса лечения.

Все исследуемые больные завершили полный курс лечения, который составил 35 дней. В целом можно отметить положительную динамику во всех группах на фоне проводимой терапии. В результате лечения значительно улучшилось самочувствие и настроение пациентов. Положительный эффект был подтвержден динамикой показателей использованных в исследовании стандартных шкал и тестов с уменьшением выраженности в баллах ( $p < 0,05$ ).

В течение первой половины курса лечения наиболее быстрое нарастание терапевтического эффекта отмечалось в 1-й группе больных, получавших психотерапию в сочетании с рефлексотерапией. Однако к концу лечения редукция психопатологической симптоматики в этой группе несколько ослабевала. У больных 2-й группы, получавших психотерапию в сочетании с фитотерапией, отмечалось более медленное нарастание терапевтического эффекта на начальном этапе лечения, чем в двух других, и стойкая редукция

симптоматики к концу курса. Состояние пациентов, получавших лечение только методом психотерапии (3-я группа), характеризовалось постоянной положительной динамикой на протяжении всего курса лечения, хотя не столь быстрой, как в сравниваемых группах.

К концу курса терапии у всех пациентов отмечалось стойкое снижение эмоциональной лабильности, уменьшение выраженности вегетативных нарушений. Больные отмечали субъективное улучшение общего состояния, снижение слабости, утомляемости, раздражительности, улучшение сна и аппетита. Наряду с улучшением настроения повышались трудоспособность и способность к сосредоточению внимания, улучшились память и внимание, возросла скорость реакций, уменьшилась выраженность общей замедленности психических процессов. Использование шкалы общего клинического впечатления позволило подтвердить достаточный терапевтический эффект нелекарственных сочетаний: уже на начальном этапе терапии он оценивался как «улучшение»; к концу 3-й недели терапии более чем у половины всех больных по этой шкале зарегистрировано «значительное улучшение». Наибольшей эффективности удалось достигнуть в 1-й и 2-й группах (рис. 1).



**Рис. 1.** Показатели эффективности лечения по шкале общего клинического впечатления

По данным клинической оценки, состояния удалось добиться практического выздоровления и значительного улучшения у 60,8% больных 1-й, 69,7% 2-й и 37% 3-й групп. Это составило 57,3% всех пациентов.

В целом при оценке состояния пациентов с помощью субъективной шкалы астении (MFI-20) регистрировалось значительное улучшение показателей по всем шкалам (табл.1).

**Таблица 1.** Динамика средних общих показателей по шкале субъективной оценки астении MFI-20

Визит	Шкала субъективной оценки астении, баллы				
	общей астении	физической астении	пониженной активности	снижения мотивации	психической астении
1 (D0)	14,8*	15,1*	14,0*	11,7*	10,9
2 (D14)	12,2	12,9	12,4	10,2	9,4
3 (D35)	9,2*	8,4*	8,2*	7,4*	8,8

\*достоверные различия ( $p < 0,05$ ).

Изменение показателей личностной и реактивной тревожности по шкале самооценки Спилбергера–Ханина представлено в табл. 2.

**Таблица 2.** Динамика показателей уровня тревожности по шкале самооценки Спилбергера –Ханина

Показатель	Число пациентов (n=96)			
	до лечения		после лечения	
	абс.	%	абс.	%
<b>Личностная тревожность</b>				
Выраженная	26	27,1*	8	8,4*
Умеренная	33	34,4	49	51
Низкая	37	38,5	39	40,6
В с е г о	96	100	96	100
<b>Реактивная тревожность</b>				
Выраженная	12	12,5*	5	5,2*
Умеренная	53	55,2	33	34,4
Низкая	31	32,3	58	60,4
В с е г о	96	100	96	100

\*достоверные различия ( $p < 0,05$ )

Как следует из табл. 2, средние показатели уровня личностной и реактивной тревожности по шкале самооценки Спилбергера–Ханина снизились соответственно с 34,5 до 29,5 и с 35,5 до 32,1 баллов.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что сочетание психотерапии с рефлексотерапией и фитотерапией является целесообразным и взаимодополняющим. Психотерапия показала себя хорошим базисом для второго метода лечения – рефлексотерапии и фитотерапии, поскольку их действие несколько отсрочено и нарастает постепенно. Проведенное исследование позволило выявить предпочтительные методы психотерапевтического воздействия: наибольшую эффективность показали когнитивно-поведенческая терапия и метод аутотренинга (аутогенная тренировка). Достоверными предикторами успешной терапии в исследуемых группах являются: короткая продолжительность заболевания, небольшая выраженность расстройства, молодой возраст, женский пол, социальная адаптация, высокая мотивация к лечению.

Использование сочетания психотерапии и фитотерапии показано пациентам, в клинической картине которых астеническая симптоматика сочетается как с тревожными, так и с депрессивными нарушениями. Применение сочетания рефлексотерапии и психотерапии оправдано при наличии достаточно выраженных соматовегетативных проявлений и тревожного компонента. Метод психотерапии в качестве монотерапии продемонстрировал недостаточную эффективность в рамках времени, отведенного для данного исследования.

Таким образом, проведенное исследование показало достаточно высокую эффективность комплексного применения нелекарственных методов при лечении неврастении, что связано с большой терапевтической широтой сочетаний, обеспечивающих целый ряд лечебных эффектов: успокаивающего, стимулирующего, вегетативно-стабилизирующего, мягкого антидепрессивного и анксиолитического. Хорошая переносимость, отсутствие побочных эффектов, доступность позволяют рекомендовать данные лечебные комплексы больным с неврастением. Лечение можно проводить как в стационаре, так и в амбулаторных условиях.

#### **Литература**

1. Гаваа Лувсан. Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии. М.: Наука, 1986. 575 с.
2. Дробышева Н.А. Рефлексотерапия при различных заболеваниях: Практическое руководство по рефлексотерапии. М., 1997. 118 с.
3. Егоров Б.Е. Комплексная эмоционально-стрессовая психотерапия депрессивного невроза и невротической депрессии: Дис. ... канд. мед. наук. 1988. 145 с.
4. Карвасарский Б.Д., Тупицин Ю.Я. Глоссарий основные формы и синдромы для унифицированной клинической оценки состояний больных неврозами: Метод. рекомендации. М., 1974. 42 с.
5. Карвасарский Б.Д. Неврозы. М.: Медицина, 1980. 448 с.
6. Лакосина Н.Д. Клинические варианты невротического развития. М., 1970.
7. Михайлова А.А. Рефлексотерапия неврозов: Учеб.-метод. пособие. М., 1989. 101 с.
8. Носов А. Лекарственные растения. М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. 349 с.
9. Овсянников С.А. История и эпистемология пограничной психиатрии. М.: Альпари, 1995. 205 с.
10. Свиридонов Г. Лесной огород. М.: Молодая гвардия; 1984. 223 с.
11. Соколов С.Я., Замотаев И.П. Справочник по лекарственным растениям (фитотерапия). 2-е изд., стереотип. М.: Недра, 1987. 512 с.
12. Стояновский Д.Н. Справочник по иглоукалыванию и прижиганию. Кишинев: Картя Молдовеняскэ, 1987. 256 с.
13. Стояновский Д.Н. Частная рефлексотерапия: Справочник / Под ред. С.М. Зольникова. Кишинев: Картя Молдовеняскэ, 1990. 332 с.
14. Табеева Д.М. Практическая акупунктура. Смоленск: Гомеопатическая медицина, 1997. 490 с.
15. Тиганов А.С. Руководство по психиатрии. М.: Медицина, 1999. 784 с.
16. Тыкочинская Э.Д. Основы иглотерапии. М.: Медицина, 1979. 343 с.
17. Чжу-Лянь. Руководство по современной Чжэнь-цзю терапии. М., 1959. 270 с.