

Соматоформные расстройства.

Понятие о соматизации.

Этиопатогенез, клиника,
терапевтическая тактика.

Соматоформные расстройства

– группа психических расстройств
невротической природы, отличительным
признаком которых являются многочисленные
симптомы соматических заболеваний, не
подтверждающиеся объективными
клиническими исследованиями.

Эпидемиология

По данным Американской психиатрической ассоциации (АРА, 2004) распространенность соматоформных расстройств составляет около 1% населения, женщины болеют значительно чаще мужчин.

По данным ВОЗ не менее 25% пациентов общесоматических клиник обнаруживают соматоформные расстройства. Начало болезни приходится, как правило, на молодой возраст (между 15 и 25 годами), однако болеют люди всех возрастов, включая маленьких детей и стариков.

Этиология и патогенез соматоформных расстройств

**Единой этиопатогенетической
концепции соматоформных
расстройств нет.**

Это связано отчасти с отсутствием строгих научных концепций, описывающих процесс соматизации (т.е. по сути – «процесс вовлечения соматических (вегетативных, обменных, нейроэндокринных, иммунных, трофических) функций (дисфункций) в ту или иную психическую патологию и в психические реакции на грани нормы и патологии» (Краснов В. Н., 2011), а отчасти – в связи с их клинической неоднородностью. Соматизация, как процесс, ограничена с одной стороны, аффективными состояниями (соматические маски депрессий, вегетативно-соматические дисфункции), а с другой – соматическими заболеваниями, тесно связанными с психогениями, и, собственно, психосоматическими расстройствами.

Основные этиологические концепции сегодня представлены следующими направлениями

Генетические.

Имеются данные о высокой конкордантности (до 30%)

соматоформных расстройств у монозиготных близнецов, однако они получены на малых выборках (Torgersen S., 1986). В большинстве случаев исследователи сходятся в том, что существуют только косвенные свидетельства влияния генетических факторов, причем выражены они в значительно меньшей степени, чем у других психических расстройств, в том числе – шизофрении .

Биологические.

- Получены многочисленные свидетельства гормональных изменений при соматоформных расстройствах, особенно широкую известность получили данные об утреннем повышении уровня кортизола (Rief W., 1996).
- Много данных подтверждает снижение (в отличие от депрессий)противовоспалительных факторов иммунитета (Rief W. et al., 2001).
- Установлена связь соматизированных расстройств с дефицитом функциональных процессов в доминантном полушарии (Flor-Henry P. et al., 1981) и значимые различия со здоровыми субъектами в показателях регистрации правополушарных вызванных потенциалов (Wittling W. et al., 1993).
- По общему мнению, можно предположительно говорить о повышенном психофизиологическом уровне активности, что обуславливает искаженную интерпретацию мозгом нормальных соматических сигналов и их ошибочную идентификацию в качестве болезненных (Hanback J. V., Revelle W., 1978). Точные

Средовые.

Описаны семейные случаи соматизированного расстройства. Опыт многих специалистов показывает, что родители детей с явлениями соматизации сами часто сверх меры озабочены здоровьем, а дети, у которых в дальнейшем появились соматоформные расстройства, значительно чаще сверстников посещали врачей с профилактическими целями (Levingston R. Et al., 1995). В англоязычной литературе для описания этого феномена широко применяется термин «abnormal illness behavior».

Пациенты с соматизированным расстройством демонстрируют особый склад личности, склонной даже в минимальных недомоганиях видеть признаки грозной болезни. Они склонны считать себя физически ослабленными, «беречь силы» и здоровье, очень тяжело (в эмоциональном плане) переносят боль и усталость.

Есть много данных, подтверждающих значение стрессовых факторов для формирования соматизации. Описаны высокие показатели распространенности соматизированных расстройств у жертв насилия и участников боевых действий (Saxe G. N. et al., 1993)

Личностные.

Традиционно феномен соматизации рассматривался с позиций учения об истерии, что нашло отражение в многочисленных психоаналитических теориях.

Конверсионные симптомы, описанные З. Фрейдом в картине истерии, лишь внешне производят впечатление телесных расстройств - потери зрения, слуха, речи, паралича конечностей и т.д. На самом деле это «самовнушенные» расстройства, не связанные с реальным нарушением телесных функций. Они присутствуют только в мыслях и фантазиях больного. Тело для него становится сценой, на которой в виде своего рода «театрального представления» разыгрывается некий психический конфликт. Поэтому до открытий Фрейда страдавшие истерией нередко расценивались окружающими (в том числе врачами) как симулянты. Фрейд первым указал, что эти симптомы наделены символическим значением.

Вегетативно-функциональные расстройства (вегетативная дистония, неврозы органов) представляют, согласно Ф.Александреру, физиологические сопровождения определенных эмоциональных состояний. Это реальные расстройства деятельности органов: сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, органов дыхания, внутренней секреции и пр. , сопровождающиеся такими проявлениями как парестезии, затруднения дыхания, различные ощущения в области сердца, отрыжка и т.д. . Их принципиальное отличие от конверсионных симптомов состоит в следующем: если последние есть по сути действия, то есть попытки разрядки конфликта, то вегетативно-функциональные нарушения возникают при невозможности действия, направленного на разрядку.

Соответственно и символического



Традиционным (психиатрическим) взглядом на соматизацию был и остается взгляд с позиции «маскированной депрессии», хотя давно известно, что и соматизация и депрессия могут возникать независимо друг от друга.

Сегодня среди личностных теорий выделяется концепция **алекситимии**, как особенности личности, подразумевающая затруднение в определении и описании собственных чувств, а также чувств и эмоций окружающих в сочетании с трудностями в дифференцировании телесных ощущений наряду с конкретностью, логическим утилитарным мышлением и фиксированностью на внешних событиях в ущерб внутренним переживаниям.

Для оценки алекситимии создана специальная шкала (Торонтская шкала алекситимии, TAS).

В последние годы все чаще звучит мнение, что алекситимия – неспецифический фактор риска невротических расстройств (Vingerhoets A. et al, 1995).

Альтернативой теории алекситимии стала теория «большой пятерки» (экстравертированность, доброжелательность, добросовестность, открытость опыту, эмоциональность). Бытует мнение, что эти качества обуславливают поведение, направленное на поиск помощи (Kirmayer L. J. et al., 1994), и как следствие, ведут к соматизации.

Интегративные.

При наличии множества концепций и теорий рано или поздно возникают попытки объединить их данные в рамках одного направления. Таковым является «патогенетический круг» В. Рифа, предполагающего, что в основе соматоформного расстройства лежит усиленное восприятие неприятных физических ощущений, что ведет к фокусированию на них внимания и повышению возбуждения; это позволяет субъективно оценивать ощущения как болезненные и формирует щадящее и уклоняющееся поведение, снова стимулирующее восприятие негативных ощущений (эффект маховика).

Другой из универсальных интегративных концепций невротических расстройств является гипотеза Ю. А. Александровского (1993) о «барьере психической адаптации» как о балансе психопротективных и психотравмирующих факторов.

МКБ-10 в качестве основного признака соматизированного расстройства выделяет **наличие множественных стойких, рецидивирующих и трансформирующихся соматических симптомов, которые имитируют симптомы реальных соматических патологических состояний**, по поводу которых пациенты обращаются за помощью к докторам-интернистам. В результате длительных обследований не удается диагностировать соматическое заболевание. В тоже время ряд данных позволяет предполагать, что значительное число пациентов с клиникой соматических расстройств получают совершенно не показанное им медикаментозное и даже хирургическое лечение. Часто в пользу соматизированного расстройства говорит сочетание соматических симптомов с тревогой и депрессией, рецидивирующее затяжное течение, значительно более выраженное, чем при реальном соматическом страдании, нарушение социальной адаптации, зависимость от медикаментов, в том числе от тех, которые по своей химической природе не вызывают привыкания (в частности, слабительные средства). Детский возраст затрудняет диагностику соматизированного расстройства.

F45 Соматоформные расстройства.

F45.0 Соматизированное расстройство.

F45.1 Недифференцированное
соматоформное расстройство.

F45.2 Ипохондрическое расстройство.

F45.3 Соматоформная вегетативная
дисфункция (органные неврозы)

F45.4 Состояние упорной соматоформной
боли

F45.8 Другие соматоформные расстройства.

F45.9 Соматоформное расстройство,
неуточненное.

F45.0 Соматизированное расстройство.

А. В прошлом, в течение, по крайней мере, двух лет — жалобы на множественные и различные физические симптомы, которые не могут быть объяснены любыми выявляемыми физическими расстройствами (разные физические болезни, наличие которых известно, не могут объяснить тяжесть, обширность, вариабильность и упорство физических жалоб или сопутствующей социальной несостоятельности). Если имеются некоторые симптомы, отчетливо обусловленные возбуждением вегетативной нервной системы, то они не являются главной особенностью расстройства и не особенно стойки или тяжелы для больного.

F45.0 Соматизированное расстройство.

Б. Озабоченность этими симптомами вызывает постоянное беспокойство и вынуждает больного искать повторных консультаций (три или более) или различных исследований у врачей первичной помощи или у специалистов. При отсутствии медицинской помощи по финансовым или физическим причинам, наблюдается постоянное самолечение или множественные консультации у местных "целителей".

F45.0 Соматизированное расстройство.

В. Упорные отказы принять медицинские заверения в том, что нет адекватной физической причины соматических симптомов. (Если больной на короткое время успокоится, т. е. на несколько недель сразу после проведенных обследований, то это не исключает диагноза).

F45.0 Соматизированное расстройство.

Г. Шесть или более симптомов следующего списка, с симптомами, относящимися, по крайней мере, к двум отдельным группам:

Желудочно-кишечные симптомы

1. боли в животе;
2. тошнота;
3. чувство распираания или переполненности газами;
4. плохой вкус во рту или обложенный язык;
5. рвота или отрыгивание пищи;
6. жалобы на частые движения кишечника (перистальтику) или на отхождение газов;)

F45.0 Соматизированное расстройство.

Сердечно-сосудистые симптомы

- 7. одышка без нагрузки;
- 8. боли в груди;

Мочеполовые симптомы

- 9. дизурия или жалобы на частое мочеиспускание;
- 10. неприятные ощущения в половых органах или около них;
- 11. жалобы на необычные или обильные выделения из влагалища;

F45.0 Соматизированное расстройство.

Кожные и болевые симптомы

12. жалобы на пятнистость или депигментацию кожи;

13. боли в конечностях или суставах;

14. неприятное онемение или чувство покалывания.

F45.0 Соматизированное расстройство.

Д. Наиболее часто используемые критерии исключения. Симптомы не встречаются только во время шизофренических и связанных с шизофренией расстройств (F20- F29), любых (аффективных) расстройств настроения (F30-F39) или панического расстройства (F41.0).

F45.1 Недифференцированное соматоформное расстройство

А. Подпадает под критерий А, В и Д для соматизированных расстройств (F45.0), но за тем

исключением, что длительность составляет по меньшей мере 6 месяцев.

Б. Не полностью соответствует одному или обоим критериям Б и Г для соматизированного расстройства (F45.0).

F45.2 Ипохондрическое расстройство

А. Любое из двух:

1) упорное убеждение как минимум шестимесячной длительности в наличии не более, чем двух серьезных физических болезней (из которых, по крайней мере, одна должна быть названа пациентом);

2) постоянная схваченность предполагаемым уродством или деформацией (дисморфофобическое расстройство).

F45.2 Ипохондрическое расстройство.

Б. Озабоченность убеждением в болезни и симптомами вызывает постоянные страдания или социальную дезадаптацию в повседневной жизни и заставляет пациента искать медицинского лечения или обследования (или эквивалентной помощи местных "целителей").

F45.2 Ипохондрическое расстройство.

В. Упорные отказы принять медицинские заверения в отсутствии физических причин

соматических симптомов или физических аномалий. (Если больной на короткое время успокоится, т. е. на несколько недель сразу после медицинского обследования, то это не исключает данного диагноза

F45.2 Ипохондрическое расстройство.

Г. Наиболее часто используемые критерии исключения. Симптомы не развиваются только в течение шизофрении и связанных с ней расстройств (F20-F29, особенно F22) или любых расстройств настроения (F30-F39).

F45.3 Соматоформная вегетативная дисфункция.

А. Симптомы вегетативного возбуждения, которые пациент приписывает к физическому расстройству, в одной или более из следующих систем или органов:

1. сердце и сердечно-сосудистая система;
2. верхний желудочно-кишечный тракт (пищевод и желудок);
3. нижний отдел кишечника;
4. дыхательная система;
5. уrogenитальная система.

Б. Два или более из следующих вегетативных симптомов:

1. сердцебиение;
2. потливость (холодный или горячий пот);
3. сухость во рту;
4. покраснение;
5. дискомфорт в эпигастрии или жжение.

F45.3 Соматоформная вегетативная дисфункция.

В. Один или более из следующих симптомов:

1. боли в груди или дискомфорт в перикардиальной области;
2. одышка или гипервентиляция;
3. сильная утомляемость на легкую нагрузку;
4. отрыжка воздухом или кашель, или ощущение жжения в груди или эпигастрии;
5. частая перистальтика;
6. повышение частоты мочеиспусканий или дизурия;
7. чувство того, что обрюзг, раздулся, стал тяжелым.

F45.3 Соматоформная вегетативная дисфункция.

Г. Отсутствие признаков расстройства структуры и функций органов или систем, которыми озабочен больной.

Д. Наиболее часто используемые критерии исключения. Симптомы возникают не только при наличии фобических расстройств (F40.0-F40.3) или панических расстройств (F41.0).

F45.3 Соматоформная вегетативная дисфункция

Пятый знак должен быть использован для классификации отдельных расстройств этой группы, определяя орган или систему, беспокоящих пациента как источник симптомов:

F45.30 Сердце и сердечно-сосудистая система (включает: сердечный невроз,

нейроциркуляторную астению, синдром Да Коста)

F45.31 Верхние отделы желудочно-кишечного тракта (включает: психогенную аэрофагию, покашливания, желудочный невроз)

F45.32 Нижний отдел желудочно-кишечного тракта (включает: синдром психогенного

беспокойства кишок, психогенный понос, метеоризм)

F45.33 Дыхательная система (включает: гипервентиляцию)

F45.34 Мочеполовая система (включает: психогенное повышение частоты мочеиспускания и дизурию)

F45.38 Другие органы или системы

F45.4 Состояние упорной соматоформной боли

А. Упорная (в большинстве дней не менее, чем шестимесячного периода), тяжелая и мучительная боль в разных частях тела, которая не может быть объяснена адекватно наличием физиологического процесса или физического расстройства, и на которой постоянно сфокусировано внимание пациента.

Б. Наиболее часто используемые критерии исключения. Это расстройство не встречается при наличии шизофрении или связанных с ней расстройств (F20-F29) или только в течение различных расстройств настроения (аффективных) (F30-F39), соматизированного расстройства (F45.0), недифференцированного соматоформного расстройства (F45.1) или ипохондрического расстройства (F45.2).

F45.8 Другие соматоформные расстройства.

При этих расстройствах имеющиеся жалобы не опосредуются через вегетативную нервную систему и ограничиваются только частями тела, например кожей. Это является отличием от соматизированного расстройства (F45.0) и недифференцированного соматоформного расстройства (F45.1), при которых имеются множественные и часто меняющиеся жалобы на источник симптомов и беспокойства. Тканевые повреждения отсутствуют.

К соматоформным расстройствам **не относятся**: конверсионные (диссоциативные) расстройства (F 44), нарушения речи по типу лепета и сюсюкания (F 80.0), кусание ногтей и сосание пальца и другие сходные состояния (F 98.8), тики (F 95.-), сексуальная дисфункция, не обусловленная органическими нарушениями или болезнями (F 52.-), а также психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицируемыми в других рубриках

(F 54), в том числе, наблюдаемые при бронхиальной

астме (J 45.-), язве желудка (K 25.-), язвенном колите (K 54.-) или дерматитах.

В DSM-V выделяются:

- Соматизированное расстройство (300.81)
- Недифференцированное соматоформное расстройство (300.82)
- Конверсионное расстройство (300.11)
- Болевое расстройство (307.8x)
- Ипохондрия (300.7)
- Дисморфофобическое расстройство (300.7)
- Соматоформное расстройство неуточненное (300.81)

Дифференциальная

диагностика

- с ипохондрическим бредом

В случае бредовых идей последние отличаются чрезвычайной стойкостью, не доступны коррекции путем логической аргументации, идеи носят причудливый характер и ограничены своим числом, симптомы не отличаются вариабельностью и «летучестью», часто базируются на переживаниях сенестопатической природы, отличающихся особенной мучительностью и вычурностью переживаемых ощущений. Часто пациенты переживают образные ощущения, содержание которых не может передаваться иначе, как через сравнение нелепого характера (в желудке перекачивается клубок, под кожей шевелятся букашки). Общий психический статус больных с бредом ипохондрического содержания выдает, как правило, течение хронического психического расстройства.

Дифференциальная диагностика

- с реальными соматическими расстройствами

В пользу реальной патологии в большей степени свидетельствуют данные инструментальных методов исследования, поскольку у больных с соматизированным расстройством по мере их ознакомления с медицинской литературой симптомы становятся все более похожими на реальные.

Важно отметить, что при возникновении реального соматического заболевания ипохондрические жалобы таких больных отступают на второй план и поведение становится более адекватным.

Дифференциальная диагностика

-с депрессией

Определяющими в данном случае будет тяжесть течения аффективного расстройства со снижением моторной и идеаторной активности (не характерно для соматоформных расстройств), смещение жалоб в витальную плоскость, появление указаний на стойкий аффект тоски, грусти, появление идей собственной беспомощности, ненужности, вины, и тем более – суицидальных мыслей.

Дифференциальная диагностика

-с тревогой и в частности с ГТР

следует опираться на преобладание вегетативной симптоматики, преимущественно связанной с определенной локализацией (сердце, желудочно-кишечный тракт), в то время как для тревожного расстройства характерны вегетативные проявления, общие для тревоги и

страха (побледнение кожи, потоотделение, сердцебиение, дрожь, мышечная слабость).

Терапия

Основные принципы:

- индивидуальный подход
- учет коморбидности
- полипрофессиональный подход (врачи общей практики, психиатры, психотерапевты, психологи)
- комплексное использование медикаментозных и немедикаментозных методов

Психотерапия

- суггестивные методы
- аутогенная тренировка
- когнитивно-поведенческие
- психодинамические подходы
- рациональная психотерапия

Основные принципы психотерапевтического вмешательства:

- терапия, направленная на осознание соматических сигналов
- терапия, направленная на преодоление перенесенных психических травм
- терапия, направленная на изменение стратегии поведения

Психофармакотерапия

- **Анксиолитики** кратковременными или прерывистыми курсами (алпразолам в средних суточных дозах 1-2 мг., буспирон в средних суточных дозах 20-30 мг., феназепам в дозе 2-3 мг в сутки, реже – клоназепам по 4-8 мг в сутки)

- **Антидепрессанты** (в комбинации с анксиолитиками, адреноблокаторами или монотерапия) – преимущественно СИОЗС - (флувоксамин, суточная доза 100-200 мг., тразодон, суточная доза 150 мг., амитриптилин, суточная доза до 100-150 мг)

- некоторые авторы: **нейролептики** (при тревоге с ажитацией) - хлорпротиксен, как правило, перед сном, 100-200 мг, сульпирид – суточная доза 100-200 мг
- **карбамазепин** – 50-200 мг в сутки (при хроническом, рецидивирующем течении)
- **Ноотропы** в среднетерапевтических дозах.

Прогноз

- выздоровление, значительное улучшение

При отсутствии адекватной терапии:

- ограничения в образе жизни, вторичная десоциализация

- коморбидность с аддикциями (алкоголизм, наркомания)

- осложнения, связанные с приемом медикаментов или проведенных хирургических вмешательств

Использованная литература

1. Пережогин Л. О. Соматоформные расстройства. Диагностика, лечение, профилактика. Клинические рекомендации ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии МЗ России. Москва, 2015.
2. Александровский Ю. А. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства // Психиатрия: национальное руководство. М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009
3. Краснов В. Н. Расстройства аффективного спектра. М.: Практическая медицина, 2011
4. МКБ-10. Психические расстройства и расстройства поведения. Класс V, адаптированный для использования в Российской Федерации. М., 1998.
5. Ф.Александрер. Психосоматическая медицина.

Спасибо за внимание!