



ФГБОУ ВО
«Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А.
Вагнера»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

СНО психиатрии, наркологии и психологии

СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА.


"Если мы гоним проблему в дверь,
она лезет в окно в виде симптома".

Зигмунд Фрейд

Доклад подготовила
Студентка 617 группы
Лечебного факультета

Ермолаева Анастасия Владимировна

Пермь, 2019 г.

- 
- **Соматоформные расстройства** – группа психических расстройств невротической природы, отличительным признаком которых являются многочисленные признаки соматических заболеваний, не подтверждающиеся объективными клиническими исследованиями.

- Лица, страдающие соматоформными расстройствами склонны требовать все новых и новых обследований.
- Они, как правило, сами стараются изучить болезни, которые сопровождаются сходными с переживаемыми ими симптомами и не доверяют врачам.
- Часто соматоформные расстройства сопровождаются тревогой и симптомами депрессии.
- Традиционно эти состояния рассматривались как проявления истерии (синдром Брике, описан в 1850-е годы); многие пациенты действительно склонны к истерической демонстрации своего страдания с целью (часто неосознанной) привлечения внимания окружающих.

МКБ-шифры: F 45. Соматоформные расстройства.

- соматизированное расстройство (F 45.0),
- недифференцированное соматоформное расстройство (F 45.1),
- ипохондрическое (небредовое) расстройство (F 45.2),
- соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы («органные неврозы») (F 45.3),
- устойчивое соматоформное болевое 5 расстройство (F 45.4),
- другие соматоформные расстройства (F 45.8),
соматоформное расстройство неуточненное (F 45.9).

Эпидемиология.

- По данным Американской психиатрической ассоциации (АРА, 2004) распространенность соматоформных расстройств составляет около 1% населения, женщины болеют значительно чаще мужчин, заболевание более распространено среди бедных и малообразованных слоев населения.
- 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, патогенез.

- **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 (Guse S. B., 1993).

- **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 механизмы этого процесса неизвестны.

- **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).
- 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 теориях психоаналитического толка.
- Вторым 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 эмоций 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 обуславливает щадящее и уклоняющееся поведение, снова стимулирующее восприятие негативных ощущений (эффект маховика).
- Наиболее детально проработанной универсальной интегративной концепцией невротических расстройств является гипотеза Ю. А. Александровского (1993) о «барьере психической адаптации» как о балансе психопротективных и психотравмирующих факторов.

Критерии диагноза

В МКБ-10 это:

- Наличие в течение не менее 2 лет множественных и переменных соматических симптомов, которым не было найдено адекватного соматического объяснения;
- Постоянное неверие различным врачам, которые пытались разубедить пациента в существовании органической причины его симптомов и отказ следовать их советам;
- Некоторая часть нарушения социального и семейного функционирования может быть отнесена на счет природы симптомов и обусловленного ими поведения.

В DSM-V это:

- Многочисленные предшествующие соматические нарушения в анамнезе, начавшиеся до 30 лет и продолжающиеся много лет. Это приводило к попыткам лечения и значительным нарушениям качества жизни в социальной, профессиональной и других сферах;
-
- Необходимо соблюдение каждого из критериев:
 - А) Минимум 4 болевых симптома;
 - Б) Минимум 2 желудочно-кишечных симптома;
 - В) Минимум 1 симптом сексуального характера;
 - Г) Минимум 1 псевдоневрологический симптом.
- Симптомы не могут быть целиком объяснены соматическим заболеванием, а также обусловлены влиянием лекарственных препаратов или наркотиков, или же степень ущерба в социальной или профессиональной сфере выходит за рамки того, что может быть обусловлено соматическим заболеванием;
- Симптомы не вызываются намеренно. Таким образом, в DSM-V в данной рубрике - это самое тяжелое состояние, объединяющее симптомы соматоформных и конверсионных расстройств.

Несмотря на сходство взглядов на проблему соматоформных расстройств, две крупнейшие мировые классификации наглядно демонстрируют, что общей классификации и интегративных взглядов на данные состояния нет.

- 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.

- Соматизированное расстройство проявляется множественными, длительно персистирующими или сменяющимися друг друга симптомами, в некоторой степени (иногда очень достоверно) напоминающими симптомы соматической патологии.
- По мере роста осведомленности пациента о симптомах соматических заболеваний их проявления у него могут меняться, все больше и больше соответствуя его представлениям.
- Наиболее распространены нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы (боли в грудной клетке с иррадиацией или без нее, сердцебиение, одышка, колебания артериального давления) и желудочно-кишечного тракта (боли в животе, тошнота и рвота, метеоризм, поносы и запоры).
- Кроме того, встречаются неясного происхождения и нечеткой локализации боли – в ногах и в руках, в спине, в области шеи.
- Традиционно к соматизированному расстройству относили и проявления конверсионных расстройств, но сегодня они выделены в особую группу.

Недифференцированное соматоформное расстройство (F 45.1)

- Категория недифференцированного соматоформного расстройства используется в случаях, когда предъявляемые симптомы носят длительный, нестойкий, множественный характер, однако полная клиническая картина соматизированного расстройства не формируется.

Ипохондрическое (небредовое) расстройство (F 45.2)

Диагностические критерии ипохондрического расстройства по МКБ-10 включают:

- присутствие постоянных идей о существовании одного или нескольких тяжелых соматических заболеваний, обуславливающих имеющийся симптом или симптомы, или фиксация на предполагаемом уродстве, причем данная идея сохраняется, вопреки тому, что не обнаружено адекватное соматическое объяснение соответствующим жалобам
- постоянное неверие врачам разных специальностей, пытающимся убедить пациента в отсутствии у него соматической болезни, обуславливающей предъявляемые симптомы.

Ипохондрическое расстройство встречается реже соматизированного. Главным отличием этого состояния является убежденность в наличии определенного заболевания. Больные охотно изучают медицинскую литературу, могут знать нюансы клинической и инструментальной диагностики. Их не столько беспокоит наличие симптомов, сколько само подозрение на наличие смертельной или очень опасной болезни.

Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы («органные неврозы») (F 45.3)

Диагностические критерии соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы по МКБ-10 включают:

- симптомы вегетативного возбуждения (сердцебиение, потение, тремор, покраснение) которые имеют хронический характер и причиняют беспокойство;
- наличие дополнительных субъективных симптомов, которые относятся к определенному органу или системе;
- озабоченность больного по поводу возможного серьезного, но как правило, неопределенного, заболевания этого органа или системы, причем повторные объяснения и разуверения врачей остаются бесплодными;
- данных за существенное структурное или функциональное расстройство данного органа или системы нет.
- Для диагностики должны соблюдаться все критерии.

Устойчивое соматоформное болевое 5 расстройство (F 45.4)

- Устойчивое соматоформное болевое расстройство – состояние, сопровождающееся мучительной, длительной, физически и психически труднопереносимой болью, которая не имеет физиологических объяснений и не является следствием соматической болезни, но часто сочетается с психосоциальными проблемами, конфликтами, и позволяет пациенту получать вторичную выгоду в виде повышенного внимания со стороны родственников и врачей.

Другие соматоформные расстройства (F 45.8),
соматоформное расстройство неуточненное (F 45.9).

- Другие соматоформные расстройства – смешанная рубрика, в рамках которой диагностируются расстройства, жалобы при которых не связаны с вегетативными проявлениями и не ограничены определенным органом или системой. С другой стороны, они не являются множественными и легко трансформируемыми, как при соматизированном расстройстве. К расстройствам данной группы традиционно относят globulus hystericus, бруксизм, психогенную кривошею, психогенную дисменорею и прочие подобные состояния.

Лечение.

- Терапия больных соматоформными расстройствами предполагает единый терапевтический и профилактический подход.
- Лечение должно носить комплексный характер и воздействовать на патогенетические механизмы развития, на коморбидные психические, неврологические и соматические расстройства, на стимуляцию личностных, психологических ресурсов больных.
- Основные принципы терапии подразумевают индивидуальный подход, учитывающий данные об этиологии и клинических особенностях заболевания, комплексное использование медикаментозных и немедикаментозных методов терапии, использование полипрофессиональных групп специалистов с преобладанием врачей клинического психотерапевтического профиля.

Психотерапия.

- 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, адrenoблокаторами или в качестве монотерапии (флувоксамин, суточная доза 100-200 мг., тразодон, суточная доза 150 мг., amitриптилин, суточная доза до 18 100-150 мг.),
- Встречаются рекомендации по применению нейролептиков, особенно при тревоге с ажитацией, при неэффективности анксиолитиков – тиоридазин, суточные дозы 75-200 мг., хлорпротиксен, как правило, перед сном, 100-200 мг., сульпирид – суточная доза 100-200 мг.
- При хроническом и рецидивирующем течении рекомендуют использовать карбамазепин.
- В качестве дополнительных средств показано применение ноотропных препаратов в средних терапевтических дозах.

Немедикаментозная коррекция и психологическая помощь.

- Основой терапии соматоформных расстройств является психотерапия.
- Используются самые различные психотерапевтические подходы, включая когнитивно-поведенческие, клинические с использованием методов релаксации, самостоятельно достигаемых и индуцированных трансовых состояний (аутогенная тренировка, гипнотерапия).
- Допустимы и другие методы психотерапевтического вмешательства

В целом принципы психотерапевтического вмешательства следующие:

- Терапия, направленная на осознание соматических сигналов. К таким видам терапии относится, например, прогрессивная мышечная релаксация и аутогенная тренировка.
- Использование методов терапии, позволяющих рационально воспринимать и вербально описывать внутренние ощущения. Оптимальным видом терапии в данном случае (особенно при спастических компонентах соматоформного расстройства) является аутогенная тренировка.
- Суггестивные методы терапии, прежде всего, использование классического гипноза.
- Терапия, направленная на преодоление перенесенных психических травм.
- Терапия, направленная на изменение стратегии поведения. Наиболее широко используется групповой поведенческий тренинг.



Спасибо за внимание!