

## КЛИНИКА И ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

Профессор Б.В. МИХАЙЛОВ

*Харьковская медицинская академия последипломного образования*

**Показано, что в связи с патоморфозом соматогенных психических заболеваний и соматизацией психических нарушений появилась необходимость выделения группы соматоформных расстройств, что нашло отражение в МКБ-10. Сделан вывод о целесообразности интеграции психотерапевтической помощи в общесоматические лечебно-профилактические структуры.**

За последние десятилетия в Украине произошло ухудшение состояния здоровья населения. Анализ статистических данных показывает, что это ухудшение касается как физического, так и психического здоровья. Так, показатели заболеваемости расстройствами психики и поведения возросли с 248 в 1990 г. до 252,9 в 2001 г. на 100 тыс. населения, показатели распространенности — с 2271 до 2449,2 соответственно. При этом практически 100% прироста показателей обусловлены непсихотическими, так называемыми пограничными, расстройствами [1]. Наряду с этим наблюдается значительно больший рост по всем основным классам соматических заболеваний (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные заболевания, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки), в генезе которых существенную роль играют психосоматические механизмы. Суммарные показатели заболеваемости по этим группам составили 2504,3 в 1990 г. и 5182,1 в 2001 г. (на 100 тыс. населения), распространенности — соответственно 23862,5 и 45657,4 [2]. В свою очередь, «внутренний» анализ клинической структуры распространенных соматических заболеваний показывает, что такой значительный рост показателей в значительной мере обусловлен, с одной стороны, соматизированными депрессиями, а с другой — состояниями, которые привычно диагностируются как вегетативно-сосудистая (ВСД) или нейроциркуляторная дистония (НЦД) [3; 4].

Сложившаяся ситуация требует решения с позиций адекватной диагностики, соответствующих терапевтических подходов и организационных форм для их реализации. Для этого необходимо проанализировать общее состояние проблемы происхождения, диагностики, классификации патологических феноменов, в генезе которых существенную роль играют психогенные факторы.

Проблема соотношения «психического» и «соматического» с давних времен является одним из ключевых вопросов медицинской науки. В истории медицины мы видим неоднократные попытки интегративной оценки психосоматических изменений. Этапным моментом в становлении психовисцерального (психосоматического) направления является введение Sommer в 1894 г. понятия «психогения». Стремительное изменение жизненного уклада, характерное для XX в., поставило психогению в ранг важнейших социальных проблем большинства развитых стран.

Изучение механизмов психовисцеральных нарушений проводится представителями как психосоматической медицины, так и кортико-висцерального направления. Формирование клинического понятия ВСД связано с именами H. Eppinger, L. Hess (1910) [5], описавших синдром ваготонии, и d'Acosta (1871), описавшего синдром «раздраженного сердца» [6].

В рамках психодинамического направления проблема тропности патологических психовегетативных влияний исторически связывается с представлениями З. Фрейда (1885) об истерической конверсии [7]. Его концепция своеобразного перевода вытесненных в бессознательное аффектов на окольные пути их реализации, но уже в переработанной символической форме в виде соответствующих клинических синдромов, получила в психосоматической медицине широкое признание. Принцип «конверсии на орган» приобрел значение основного закона психосоматической медицины, определяющего формирование не только функциональных, но и органических изменений внутренних органов.

Достаточно близкой является концепция символического языка органов А. Адлера, базирующаяся на допущении, что соответствующие системы органов могут специфически отражать психические процессы [8]. Alexander (1953) в своей концепции специфичности отказывается от символической интерпретации органической висцеральной патологии. Развивающийся при конфликтных ситуациях вегетативный невроз расценивается им как физиологический ответ органа на хронически повторяющееся эмоциональное состояние. Предполагается, что аффекты, преимущественно реализующиеся через симпатическую иннервацию, ведут к развитию гипертонической болезни, гипертиреоза, диабета, артритов, тогда как реализующиеся через парасимпатическую иннервацию — к язвенной болезни и бронхиальной астме [9]. Л. Шерток (1982) рассматривает два механизма вмешательства психики в соматическую: истерическую конверсию и собственно соматизацию. Он считает, что психосоматический симптом является асимволическим, специфическая направленность его определяется не психическими, а иммунологическими и нейроэндокринными механизмами [10].

В рамках концепции ре- и десоматизации, сформулированной M. Schur, возникновение соматического заболевания ассоциируется с процессом ресоматизации — «физиологической регрессией» к

существовавшим в детском возрасте примитивным соматовегетативным реакциям [11]. Последние при достаточной длительности неблагоприятного воздействия приводят к манифестации заболевания.

Исследования, проведенные в русле противоположной — соматоцентрической — парадигмы, направлены в основном на изучение довольно ограниченного круга психических расстройств (симптоматические психозы). Так, в рамках концепции «экзогенного типа психических реакций» в качестве психофизиологического механизма возникновения расстройств рассматривалось воздействие на мозг соматической вредности, ведущее к манифестации определенного, строго ограниченного набора психопатологических синдромов.

Большой вклад в развитие соматоцентрической парадигмы принадлежит исследованиям В. А. Гиляровского, в результате которых уточнена роль патологии вегетативной нервной системы и нарушений интроцепции, участвующих в формировании психопатологических образований ипохондрического круга [12].

Согласно концепции стресса Г. Селье в условиях неразрешимости задачи, предъявляемой внешней средой, чрезмерно интенсивная и длительная стресс-реакция организма из звена адаптации превращается в звено повреждения. Воздействие стресса интерпретируется в качестве причины как возникновения, так и прогрессирования соматического заболевания. В качестве основных психофизиологических механизмов рассматриваются эмоциональное возбуждение либо торможение, приводящее соответственно к активации центральной нервной системы (ЦНС) и симпатической нервной системы либо к блокированию вазомоторных процессов [13].

Однако, несмотря на многочисленность теорий, пытающихся объяснить этиологию и патогенез психосоматических заболеваний, ни одна из них не смогла дать исчерпывающего объяснения психосоматических расстройств. Поэтому в последнее время стали говорить об их мультифакторном генезе, где каждая из предложенных теорий объясняет одно из звеньев патогенеза [14; 15].

Тесное переплетение и взаимовлияние психических и соматических расстройств позволяет выделить в пределах патологии этого круга пять типов состояний, отражающих различную структуру психосоматических соотношений.

1. Соматизированные психические реакции — соматоформные расстройства, формирующиеся вследствие эмоционально-психосоматической патологии в рамках образований невротического либо личностно-конституционального регистров (невротические расстройства, невропатии и личностные развития).

2. Психогенно-личностные реакции (нозогении), возникающие в связи с соматическим заболеванием (последнее выступает в качестве психотравмирующего события, как фактор субъективно непроизвольный, не зависящий от воли, существенно влияющий на качество жизни больного), — вторичные невротические расстройства острого и затяжного типов.

3. Органные или системные соматические поражения психосоматического характера, возникающие

в ответ на констелляцию социально-психогенных, личностно- и биоконституционных факторов (в виде «ответа» органа или системы-мишени — *locus minoris resistentia*).

4. Реакции экзогенного типа (соматогении), развивающиеся вследствие нейротоксического эффекта соматического заболевания в виде неврозоподобной или психотической органической симптоматики.

5. Соматопсихическая коморбидность — относительно независимое параллельное течение соматического заболевания и патологии психической сферы.

Со временем однозначная детерминированность, связанная с возникновением психосоматического направления, сменилась противоположной тенденцией категорического отрицания, несмотря на многочисленные убедительные доказательства успешности психотерапевтического вмешательства как в дебюте, так и на этапах развития заболевания. В конечном итоге термин «психосоматический» (так же, как и «истерический») был исключен из ныне действующей Международной классификации болезней (10-й пересмотр) согласно рекомендациям группы экспертов ВОЗ, поскольку «...его применение подразумевает, что психологический фактор не играет никакой роли в возникновении, течении или исходе всех остальных болезней» [16].

В то же время значительный рост психосоматической симптоматики в общей структуре заболеваемости отражает современную тенденцию к перемещению психических расстройств из сферы психиатрической помощи в общесоматическую медицину, что требует более детальной разработки данного вопроса.

Как известно, разного рода псевдосоматические расстройства, в которых выражаются те или иные психические нарушения, с давних пор описывались в рамках астенических, истерических, ипохондрических и некоторых других проявлений. В то же время в структуре невротических расстройств стремительно увеличивается удельный вес соматовегетативных и неврологических компонентов, соответственно уменьшается чисто психическая симптоматика. Вследствие этого назрела необходимость интегрированного рассмотрения данного типа расстройств, которые получили название соматоформных.

Происхождение соматоформных расстройств должно рассматриваться с позиции общей психосоматической парадигмы. Этиологии их главную роль играют три группы факторов.

**I. Наследственно-конституциональные.** В этой группе необходимо выделить конституционально-типологические особенности ЦНС и личностно-акцентуационные особенности.

**II. Психоэмоциональные, или психогенные.** Это острые или хронические факторы внешнего воздействия, опосредованные через психическую сферу, имеющие как когнитивную, так и эмоциональную значимость и в силу этого играющие роль психогений.

**III. Органические.** Это различного рода преморбидная органическая (травматическая, инфекционная, токсическая, гипоксическая и др.) скомпрометированность интегративных церебральных систем

надсегментарного уровня, прежде всего лимбико-ретикулярного комплекса.

В I группе факторов наиболее значимую роль играют личностно-типологические особенности в виде характерологических черт астеноидного круга с чрезмерной чувствительностью, робостью, повышенной истощаемостью; одним из наиболее распространенных вариантов является «тип ипохондрика» (по П. Б. Ганнушкину). Существенную роль играют также аффективно-дистимические черты («прирожденные пессимисты») и истероидные черты. Нейрофизиологические особенности ЦНС характеризуются слабостью неспецифических активирующих систем, прежде всего ретикулярной формации.

Во II группе можно выделить следующие варианты психогенных факторов:

1. Массивные (катастрофические), внезапные, острые, неожиданные, потрясающие; одноплановые: а) сверхактуальные для личности; б) не актуальные для личности. Вероятно, степень актуальности — значимости — для личности этих событий может колебаться в широком диапазоне.

2. Ситуационные острые (подострые), неожиданные, многопланово вовлекающие личность (связанные с утратой социального престижа, с ущербом для самоутверждения).

3. Пролонгированные ситуационные, трансформирующие условия многих лет жизни (ситуация лишения, ситуация изобилия — «кумир семьи»). Внутри них могут быть психические травмы: а) осознаваемые и преодолимые; б) неосознаваемые и непреодолимые.

4. Пролонгированные ситуационные, приводящие к осознанию необходимости стойкого психического перенапряжения (истощающие): а) вызываемые самим содержанием и требованием ситуации либо б) вызываемые чрезмерным уровнем притязаний личности при отсутствии объективных возможностей для достижения цели в обычном ритме деятельности.

В III группе существенную роль играют пренатальные и постнатальные травмы, хронические вялотекущие инфекции, гипоксически-гипоксемические состояния, особенно в вертебробазиллярном бассейне, и др.

Вся рубрика выделенных отдельно в МКБ-10 соматоформных расстройств включает в себя три базисных компонента в традиционном классификационном понимании: органичные неврозы, ВСД и НЦД, истерические расстройства в их соматовегетативных проявлениях.

Особые сложности в классификационной рубрикации соматоформных расстройств вызывают состояния, ранее диагностировавшиеся как ВСД и НЦД.

Как известно, ВСД определяется как состояние, характеризующееся нарушением нормальной деятельности вегетативной нервной системы в связи с изменением тонуса ее симпатического и парасимпатического отделов и преобладанием тонуса одного из отделов вегетативной нервной системы. По МКБ-9 ВСД шифровалась в разделе VI «Болезни нервной системы и органов чувств», а также в разделе VII «Болезни системы кровообращения» [17].

НЦД — заболевание, в основе которого лежат изменения тонуса сосудов и их реактивности вследствие дистонии (дисфункции) вазомоторных центров (как центральных, так и периферических) врожденно-конституционального или приобретенного характера, обусловленной эндогенными и экзогенными факторами риска. Согласно МКБ-9 НЦД выделялась в отдельную форму болезни — нейроциркуляторная астеня, шифр 305.3, отнесенная к разделу V «Психические расстройства».

В настоящее время среди терапевтов и невропатологов наблюдается тенденция к шифрованию ВСД и НЦД по МКБ-10 в классе VI «Болезни нервной системы» как G.90.8 и G.99.1 соответственно.

Соматоформные расстройства определяются как повторяющееся возникновение физических симптомов наряду с постоянными требованиями медицинских обследований вопреки подтверждающимся отрицательным результатам и заверениям врачей отсутствия физической основы для симптоматики. Если физические расстройства и присутствуют, то они не объясняют природу и выраженность симптоматики или дистресса и озабоченности больного. Возникновение и сохранение симптоматики тесно связаны с неприятными жизненными событиями, трудностями или конфликтами, большой обычно противостоят попыткам обсуждения возможности ее психологической обусловленности. Часто наблюдается некоторая степень истерического поведения, направленного на привлечение внимания, особенно у больных, которые негодуют по поводу невозможности убедить врачей в преимущественно физической природе своего заболевания и в необходимости продолжения дальнейших осмотров и обследований [16].

Согласно МКБ-10 к соматоформным расстройствам отнесены следующие подгруппы: соматизированное расстройство — F 45.0; недифференцированное соматоформное расстройство — F 45.1; ипохондрическое расстройство — F 45.2; соматоформная вегетативная дисфункция — F 45.3; хроническое соматоформное болевое расстройство — F 45.4; другие соматоформные расстройства — F 45.8; соматоформное расстройство неуточненное — F 45.9.

Соматизированное расстройство отличается полиморфизмом патологических телесных ощущений, варьирующих по интенсивности от субъективно незначимых, не приводящих к обращению за медицинской помощью до выраженных, острых алгий. Наряду с этим наблюдаются вегетативные проявления, имитирующие urgentные состояния (симптоадреналовые, вагоинсулярные, смешанные кризы), и функциональные нарушения со стороны внутренних органов и систем (тахикардия, дискинезия желчных путей и др.).

Хроническое соматоформное болевое расстройство характеризуется наличием стойких мономорфных патологических алгий, постоянных по локализации, интенсивности и не сопровождающихся психовегетативной симптоматикой.

Наибольшие сложности в распознавании и дифференциации с соматической патологией представляют соматизированные психические реакции, проявля-

ния которых могут распространяться на большинство систем организма. При этом чаще всего встречаются относительно изолированные функциональные нарушения, относящиеся к деятельности тех или иных органов, — органические неврозы («функциональные синдромы», по Т. Уехкулл). В рамках органических неврозов выступают психопатологические расстройства, формирующиеся без участия соматической патологии, в пределах которых, как правило, реализуется коморбидность соматоформных расстройств с тревожно-фобическими расстройствами. Выделяются кардио- и ангионеврозы, синдром гипервентиляции (психогенная одышка), ахалазия (кардиоспазм), синдром «раздраженного» желудка, «раздраженной» или «возбудимой» толстой кишки, «раздраженного» мочевого пузыря и пр.

Составной частью соматоформных расстройств являются ипохондрические расстройства. Ипохондрия определяется как чрезмерное, не имеющее реальных оснований внимание к своему здоровью, озабоченность даже незначительным недомоганием или убежденность в наличии тяжелой болезни, нарушений в телесной сфере или уродства. При ипохондрии речь идет не просто о тревожной мнительности как таковой, а о соответствующей психической, интеллектуализированной переработке тех или иных болезненных ощущений со стороны соматической сферы. К ведущим структурным элементам ипохондрического синдрома прежде всего относятся парестезии, психалгии, сенестоалгии, сенестопатии и синестезии.

Выраженный клинический патоморфоз соматоформных расстройств, значительное расширение их классификационной рубрикации и увеличение удельного веса соматической патологии, протекающей с пограничными психическими расстройствами, требует пересмотра и уточнения критериев дифференциальной диагностики и создает предпосылки для разработки новых диагностических и терапевтических подходов, опирающихся как на внедрение новых инструментальных исследований, так и на тщательное изучение психопатологической симптоматики.

Особого внимания требует проведение дифференциальной диагностики с соматическими заболеваниями, тревожно-депрессивными и ипохондрическими расстройствами.

Следует учитывать, что дифференциальная диагностика с соматическими расстройствами особенно затруднена при их одновременном сосуществовании. В практике интернистов часто недооценивается психическое состояние таких больных, и фокус внимания врача смещается в сторону лечения соматической патологии, которая, как правило, «выявляется», и ею полностью объясняется состояние пациента. Подобная тактика способствует хронизации соматоформного расстройства. В то же время вероятность появления независимого соматического расстройства у больных с соматоформными расстройствами не ниже, чем у других людей того же возраста. Смена акцентов в жалобах больных или их стабильность должна особенно насторожить врача и требует продолжения углубленного обследования.

При наличии ипохондрического расстройства, когда внимание больного больше направлено на наличие предполагаемого прогрессирующего и серьезного болезненного процесса, его инвалидирующих последствий, пациент чаще просит об обследовании, чтобы подкрепить предполагаемое заболевание, тогда как при соматизированном расстройстве просит о лечении, чтобы купировать имеющиеся симптомы. При соматизированном расстройстве обычно имеется избыточное употребление препаратов, тогда как пациенты с ипохондрическим расстройством опасаются лекарств, их побочных эффектов и ищут поддержки и успокоения за счет частых визитов к различным врачам (невербально подтверждая для окружения тяжесть своего заболевания, используя для этого и медицинских работников).

Терапия соматоформных расстройств включает в себя широкий круг лечебных и профилактических мероприятий, требующих участия не только врача-интерниста, но также психиатра и психотерапевта.

Огромное практическое значение имеет тот факт, что соответствующие психические расстройства могут не осознаваться самим больным либо диссимулироваться. Больные обычно противятся попыткам обсуждения возможности психологической обусловленности симптомов, даже при наличии отчетливых депрессивных или тревожных проявлений. Вследствие этого базисным направлением в лечении больных соматоформными расстройствами в настоящее время является психотерапия. Используется практически весь спектр современных ее форм и методов. Широко применяются рациональная психотерапия, аутогенная тренировка, гипнотерапия, групповая, аналитическая, бихевиоральная, позитивная, клиент-центрированная терапия и др. Однако, несмотря на приоритетность психотерапевтической коррекции, превалирование в клинической картине соматовегетативных компонентов не дает возможности обойтись без медикаментозной терапии. В начальном периоде даже жестко директивные методики не позволяют быстро получить желаемый результат, что в конечном итоге компрометирует психотерапию как метод.

Фармакотерапия соматоформных расстройств предполагает использование широкого спектра психотропных средств — в первую очередь анксиолитиков, а также антидепрессантов, ноотропов и нейролептиков [22]. Но применение психотропных средств в клинике соматоформных расстройств имеет свои особенности. При их назначении целесообразно ограничиваться монотерапией с использованием удобных в употреблении лекарственных препаратов. Учитывая возможность повышенной чувствительности, а также возможность побочных эффектов, психотропные средства назначают в малых (в сравнении с используемыми в «большой» психиатрии) дозах. Требования к ним включают также минимальное влияние на соматические функции, массу тела, минимальную поведенческую токсичность и тератогенный эффект, возможность применения в период лактации, низкую вероятность взаимодействия с соматотропными препаратами.

Выраженный клинический патоморфоз самих

по себе соматоформных расстройств, значительное расширение их классификационной рубрикации и увеличение удельного веса соматической патологии, протекающей с пограничными психическими расстройствами, требует пересмотра и уточнения критериев дифференциальной диагностики и создает предпосылки для разработки новых диагностических терапевтических подходов. Своевременное выявление и адекватная диагностика соматоформных расстройств имеет решающее значение для успешной терапии и благоприятного прогноза заболевания.

В связи с этим представляется целесообразным интеграция системы психотерапевтической помощи в общесоматические лечебно-профилактические

структуры, открытие психосоматических отделений в структуре общесоматических больниц. Необходимо подчеркнуть также важную роль повышения знаний врачей в этой области общемедицинской сети. Для них должно быть предусмотрено преподавание основ медицинской этики, деонтологии и психотерапии, для врачей-психотерапевтов — углубленная профессиональная подготовка. Весьма актуальны разработка специальных учебных программ по конкретным проблемам психосоматической патологии (клиника, диагностика, терапия), проведение тематических конференций и семинаров, организация курсов повышения квалификации.

#### Л и т е р а т у р а

1. Психічне здоров'я як складова подальшого розвитку нації (підсумки за 10 років незалежності України) / В.Ф. Москаленко, Є.М.Горбань, С.І.Табачников, П.В.Волошин // *Арх.психіатр.*— 2001.— № 4 (27).— С.5—10.
2. Концептуальні основи і стратегія розвитку психотерапії в Україні / Б.В.Михайлов, Н.О.Марута, С.І.Табачников та ін.// *Укр.вісн.психоневрол.*— 2002.— Т.10, вип.2 (31).— С.17—20.
3. *Напресенко О.К.* Депресії та тривога в загальномедичній практиці (соціальні, діагностичні та лікувально-профілактичні аспекти) // *Вісн. психіатр. та психофармако-тер.*,— 2002.— № 1.— С.7—12.
4. Соматоформные расстройства как междисциплинарная проблема современной медицины / Б.В. Михайлов, И.Н.Сарвир, Н.В. Мирошниченко и др. // Там же.— С.38—43.
5. Заболевания вегетативной нервной системы / А.М.Вейн, Т.Г.Вознесенская, В.Л.Голубев и др./ Под ред.А.М.Вейна.— М.: Медицина, 1991.— 624 с.
6. *Горбач И.Н., Гурленя А.М.* Эпонимический словарь в невропатологии / Под ред. Н.С. Мисюка.— Минск: Выш.школа, 1983.— 207 с.
7. *Фрейд З.* Психология бессознательного: Пер.с нем.— М.: Просвещение, 1989.— 448 с.
8. *Адлер А.* О нервическом характере.— С.Пб.: Универ.кн., 1997.— 388 с.
9. *Александр Ф., Селесник Ш.* Человек и его душа: познание и врачевание от древности и до наших дней: Пер.с англ.— М.: Прогресс, 1995.— 605 с.
10. *Шерток Л.* Непознанное в психике человека.— М.: Прогресс, 1982.— 310 с.
11. *Schur M.* Das Es und die Regulationsprinzipien des psychischen Geschehens.— Frankfurt/M, 1973.— 143 s.
12. *Гиляровский В.А.* Избранные труды.— М.: Медицина, 1973.— 228 с.
13. *Селье Г.* Стресс без дистресса: Пер.с англ.— М.: Прогресс, 1979.— 124 с.
14. *Платонов К.К.* Личностный подход в понимании психосоматических взаимоотношений // Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней.— М., 1972.— С.47—55.
15. *Коркина М.В., Марилов В.В.* Психосоматические расстройства // *Психиатрия.*— М.: Медицина, 1995.— С.501—502.
16. *Посібник по використанню Міжнародної статистичної класифікації хвороб 10-го перегляду.*— Харків, 2000.— 186 с.
17. МКБ-9: Психические расстройства: Международная статистическая классификация болезней, травм и причин смерти 9-го пересмотра (адаптирован для использования в СССР).— М.: Медицина, 1982.— 172 с.

Поступила 13.03.2003

## CLINICAL PICTURE AND PRINCIPLES OF THERAPY FOR OF SOMATOFORM DISORDERS

B.V.Mikhailov

### S u m m a r y

It is shown that pathomorphosis of somatogenic mental disorders cause the necessity to distinguish the groups with somatoform disorders which has been reflected in IDC 10. The author concludes about the necessity to integrate psychotherapeutic aid in general therapeutic- preventive medical establishments.