

УДК 612.821+616.89

СОМАТОФОРМНІ РОЗЛАДИ ЯК МІЖДИСЦИПЛІНАРНА ПРОБЛЕМА СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ

Б. В. Михайлов, М. В. Афанасьєв, І. М. Сарвір, В. С. Філик, О. А. Кашинський

Харківська медична академія післядипломної освіти,
Центральна клінічна лікарня № 5, Харків

Ключові слова: соматоформні розлади, психотерапія.

Технократичний розвиток сучасного суспільства зумовив підвищення якості повсякденного середовища проживання людини. Однак саме стало причиною вторинного формування умов, що негативно впливають на організм людини і популяцію загалом: погіршення екологічних умов, збільшення кількості соціально зумовлених стресогенних чинників, зростання кількості та масштабів техногенних катастроф, виникнення низки нових і патоморфоз тих, що вже існують, захворювань.

Теоретичні дослідження механізмів формування психогенних розладів традиційно проводилися в рамках двох принципово різних парадигм, основні положення яких сформульовані ще в період античної медицини. Відповідно до першої з них — «психоцентричної» — причинно-наслідкові співвідношення спрямовані від «психічної» складової захворювання до «соматичної». Відповідно постулюється первинність психічних процесів у формуванні соматичних розладів. Протилежні співвідношення — причинно-наслідкова спрямованість від «соматичної» складової захворювання до «психічної» — характерні для «соматоцентричної» парадигми, згідно з якою пріоритетна роль у формуванні психосоматичних розладів належить соматичним процесам.

Психоцентричні концепції розроблялися як представниками психосоматичного, так і кортико-вісцерального напрямку. Теорія «експериментального неврозу» І. П. Павлова розглядала можливість виникнення соматичного захворювання внаслідок надмірної або тривалої стимуляції нервової системи; психофізіологічною основою формування патологічного умовного рефлексу є зона позамежного гальмування (застійного порушення), що утворюється в ЦНС [8].

Відповідно до концепції стресу Г. Сельє, в умовах нерозв'язності завдання, пропонуваного зовнішнім середовищем, надмірно інтенсивна й тривала стрес-реакція організму з ланки адаптації перетворюється на ланку ушкодження. Вплив стресу інтерпретується як причина і виникнення,

і прогресування соматичного захворювання. Як основні психофізіологічні механізми розглядаються емоційне збудження або гальмування, що відповідно активують ЦНС і симпатичну нервову систему або блокують вазомоторні процеси [12].

Різні психодинамічні теорії постулюють можливість виникнення соматичного захворювання внаслідок патологічного зрушення і подальшої трансформації психічної енергії в «енергію іннервації», що призводить до функціональних, а згодом і до органічних порушень діяльності внутрішніх органів.

Теорія S. Freud'a передбачала можливість формування «неврозу органа» за рахунок зсуву енергії витиснутих у несвідоме конфліктів — у сферу функціонально-анатомічних утворень («конверсія на орган») [13]. Досить близькою є концепція символічної мови органів А. Адлера, що базується на припущенні, що відповідні системи органів можуть специфічно відображати психічні процеси [1]. F. Alexander у своїй концепції специфічності відмовляється від символічної інтерпретації органічної вісцеральної патології. Розвиток вегетативного неврозу розцінюється як наслідок «несвідомих конфліктів», що виникли через невротичний розвиток дитини; при цьому емоційна напруга, не одержуючи розрядки на зовнішньому плані, зумовлює персистивні зміни вегетативної нервової системи, формування необоротних органічних змін органів [2]. У рамках концепції ре- і десоматизації, сформульованої M. Schug, виникнення соматичного захворювання асоціюється з процесом «ресоматизації» — з «фізіологічною регресією» до примітивних соматовегетативних реакцій, які спостерігаються у дитячому віці. Останні у разі тривалого несприятливого впливу спричиняють маніфестацію захворювання [14].

Дослідження, проведені в руслі протилежної — соматоцентричної парадигми, спрямовані здебільшого на вивчення досить обмеженого кола психічних розладів (симптоматичні психози). Приміром, у рамках концепції «екзогенного типу

психічних реакцій» як психофізіологічний механізм виникнення розладів розглядався вплив на мозок соматичної шкідливості, що зумовлює маніфестацію певного чітко обмеженого набору психопатологічних синдромів.

Значний внесок у розвиток соматоцентричної парадигми належить В. А. Гіляровському, завдяки його дослідженням була уточнена роль патології вегетативної нервової системи і порушень інтроцепції, що беруть участь у формуванні психопатологічних утворень іпохондричного кола [3].

Однак жодна з численних теорій, що намагаються пояснити етіологію і патогенез психосоматичних захворювань, не змогла дати вичерпного пояснення психосоматичних розладів. Тому останнім часом йдеться про їхній багатофакторний генез, де кожна із запропонованих теорій пояснює одну з ланок патогенезу [4, 5, 6, 9].

У тісному переплетенні та взаємному впливові психічних і соматичних розладів можна виділити в межах патології цього кола п'ять типів станів, що відображають різну структуру психосоматичних співвідношень:

1. Соматизовані психічні реакції — соматоформні розлади, що формуються внаслідок емоційно-психосоматичної патології в рамках утворення невротичного або індивідуально-конституціонального регістрів (невротичні розлади, невропатії й особистісні розвитки).

2. Психогенно-особистісні реакції (нозогенії), що виникають у зв'язку із соматичним захворюванням (останнє відіграє роль психотравмувальної події — суб'єктивно мимовільного чинника, що незалежно від волі хворого істотно впливає на якість його життя), — вторинні невротичні розлади гострого та затяжного типів.

3. Органні чи системні соматичні ураження психосоматичного характеру, що виникають у відповідь на констеляцію соціально-психогенних, особистісно- і біоконституційних чинників («відповіді» органа чи системи-мішені — *locus minoris resistentia*).

4. Реакції екзогенного типу (соматогенії), що розвиваються внаслідок нейротоксичного ефекту соматичного захворювання як неврозоподібна чи психотична органічна симптоматика.

5. Соматопсихічна коморбідність — відносно незалежний паралельний перебіг соматичного захворювання і патології психічної сфери.

Дані про поширеність патології психосоматичного кола (з урахуванням наведеної типології) свідчать про переважаючі соматоформні розлади (I група). Частота описуваних станів серед населення коливається, за оцінками різних авторів, від 15 до 40%. Тож назріла потреба в інтегрованому розгляді розладів названого типу.

Походження соматоформних розладів слід розглядати з погляду загальної психосоматичної медицини. Основне етіологічне значення мають три групи чинників.

1. Спадково-конституціональні чинники, серед яких потрібно виділити конституціонально-типологічні особливості ЦНС та індивідуально-актуаційні особливості.

2. Психоемоційні, чи психогенні, фактори — гострі чи хронічні чинники зовнішнього впливу, опосередковані через психічну сферу, що мають як когнітивну, так і емоційну значущість, а отже, відіграють роль психогенії.

3. Органічні чинники — різноманітна преморбідна органічна (травматична, інфекційна, токсична, гіпоксична тощо) скомпromетованість інтегративних церебральних систем надсегментарного рівня, насамперед лімбіко-ретикулярного комплексу.

Різноманітні псевдосоматичні розлади, у яких виражаються ті чи ті психічні порушення, віддавна описували в рамках астеничних, істеричних, іпохондричних і деяких інших проявів. Водночас у структурі неврозів тепер стрімко зростає питома вага соматовегетативних і неврологічних складових, відповідно зменшується чисто психічна симптоматика. Таким чином, уся рубрика соматоформних розладів містить у собі три базисні складові: істеричні розлади, органні неврози, вегетативно-судинну та нейроциркуляторну дистонію.

Однак значно поширена колись неврологічна доктрина вегетативно-судинної і нейроциркуляторної дистонії виявилася неспроможною, і як основна концепція останньої нині розглядається концепція дисрегуляторного феномену.

Особливі складності у класифікаційній рубрикації соматоформних розладів становлять ті стани, що раніше діагностувалися як вегетативно-судинна і нейроциркуляторна дистонії.

Як відомо, вегетативно-судинна дистонія визначається як стан, що характеризується порушенням нормальної діяльності вегетативної нервової системи у зв'язку із зміною тонуусу її симпатичного і парасимпатичного відділів і переважанням тонуусу одного з відділів вегетативної нервової системи. Розрізняють два типи вегетативно-судинної дистонії: симпатикотонію і ваготонію.

За МКХ-9 вегетативно-судинна дистонія шифрувалася в розділі VI «Хвороби нервової системи й органів чуття», а також у розділі VII «Хвороби системи кровообігу» (табл. 1) [7].

Нейроциркуляторні дистонії — захворювання, в основі яких лежать зміни тонуусу судин і їхньої реактивності унаслідок дистонії (дисфункції) вазомоторних центрів (як центральних, так і периферійних) природжено-конституціонального

чи набутого характеру, зумовленої ендогенними й екзогенними чинниками ризику. Залежно від переважання клінічної симптоматики виділяють церебральну, кардіальну й інші форми нейроциркуляторної дистонії.

У МКХ-9 нейроциркуляторна дистонія виділялася в окрему форму хвороби — нейроциркуляторна астенія, шифр 305.3, була віднесена до розділу V «Психічні розлади» (табл. 2).

Нині терапевти й невропатологи переважно шифрують вегетативно-судинну і нейроциркуляторну дистонії за МКХ-10 у класі VI «Хвороби нервової системи» як G.90.8 і G.99.1 відповідно.

Згідно з МКХ-10 до соматоформних розладів віднесені [10, 11]:

- соматизований розлад F 45.0;
- недиференційований соматоформний розлад F 45.1;
- іпохондричний розлад F 45.2;
- соматоформна вегетативна дисфункція F 45.3;
- хронічний соматоформний больовий розлад F 45.4;
- інші соматоформні розлади F 45.8;
- соматоформний розлад, неуточнений F 45.9.

Соматизований розлад відрізняється поліморфізмом патологічних тілесних відчуттів, що варіюють за інтенсивністю від суб'єктивно незначущих, що не спонукають до звертання по медичну допомогу, — до виразних, гострих алгій. Поряд із цим спостерігаються вегетативні прояви, що імітують ургентні стани (симптоадреналові, вагоінсулярні, змішані кризи), і функціональні порушення з боку внутрішніх органів і систем (тахікардія, дискінезії жовчних шляхів тощо).

Хронічний соматоформний больовий розлад характеризується наявністю стійких мономорфних патологічних алгій, постійних за локалізацією, інтенсивністю, що не супроводжуються психовегетативною симптоматикою.

Найскладніше розпізнати й диференціювати із соматичною патологією соматизовані психічні реакції, прояви яких можуть поширюватися на більшість систем організму. При цьому найчастіше спостерігаються відносно ізольовані функціональні порушення, що належать до діяльності тих чи тих органів — органні неврози («функціональні синдроми» за Т. Уехкулл). До органних неврозів відносять психопатологічні розлади, що формуються без участі соматичної патології, у межах яких, як правило, реалізується коморбідність со-

Таблиця 1

Рубрикація вегетативно-судинної дистонії за МКХ-9 та за МКХ-10

МКХ-9	МКХ-10
Розділ VI. Хвороби нервової системи і органів чуття. Підрозділ: Спадкові та дегенеративні хвороби центральної нервової системи (330–337). Рубрика 337. Хвороби вегетативної (автономної) нервової системи. Шифр: 337.9. Неуточнені хвороби вегетативної нервової системи.	Клас VI. Хвороби нервової системи. Підклас: Інші ураження нервової системи. Шифр: G.90.8. Інші розлади вегетативної нервової системи.
Розділ VII: Хвороби системи кровообігу. Підрозділ: Цереброваскулярні хвороби. Рубрика 437. Інші та неточно означені цереброваскулярні хвороби. Шифр: 437.8. Інші та неуточнені означення цереброваскулярних хвороб.	

Таблиця 2

Рубрикація нейроциркуляторної дистонії за МКХ-9 та за МКХ-10

МКХ-9	МКХ-10
Розділ V. Психічні розлади. Підрозділ: Невротичні розлади, психопатії та інші психічні розлади неспихотичного характеру. Шифр: 305.3. Нейроциркуляторна астенія.	Клас VI. Хвороби нервової системи. Підклас: Інші ураження нервової системи. Шифр: G.99.1. Інші ураження вегетативної нервової системи при інших хворобах, класифікованих в інших рубриках.

матоформних розладів із тривожно-фобічними розладами. Виділяють кардіо- і ангіоневрози, синдром гіпервентиляції (психогенна задишка), ахалазія (кардіоспазм), синдром «подразненого» шлунка, «подразненої» чи «збудливої» товстої кишки, «подразненого» сечового міхура й ін.

Складовою частиною соматоформних розладів є іпохондричні розлади. Іпохондрія визначається як надмірна увага до свого здоров'я, що не має реального підґрунтя, стурбованість навіть незначним нездужанням чи переконаність у наявності тяжкої хвороби, порушень у тілесній сфері чи каліцтва. У разі іпохондрії йдеться не просто про тривожні думки як такі, а про відповідну психічну, інтелектуалізовану переробку тих чи інших хворобливих відчуттів з боку соматичної сфери. До провідних структурних елементів іпохондричного синдрому насамперед належать парестезії, психалгії, сенестоалгії, сенестопатії і сенестезії.

Виразний клінічний патоморфоз соматоформних розладів, значне розширення їхньої класифікаційної рубрикації і збільшення питомої ваги соматичної патології, що перебігає з межовими психічними розладами, вимагає перегляду й уточнення критеріїв диференціальної діагностики і створює передумови для розробки нових діагностичних і терапевтичних підходів, що спираються як на впровадження нових інструментальних досліджень, так і на ретельне вивчення психопатологічної симптоматики.

Особливої уваги потребує проведення диференціальної діагностики із соматичними захворюваннями, тривожно-депресивними й іпохондричними розладами.

Слід зауважити, що диференціальна діагностика із соматичними розладами особливо утруднена у разі їхнього поєднання. На практиці лікарі-інтерністи часто недооцінюють психічний стан таких хворих, і фокус уваги лікаря зміщується у бік лікування соматичної патології, що, як правило, «виявляється», і якій цілком відповідає стан пацієнта. Така тактика сприяє хронізації соматоформного розладу. Водночас імовірність появи незалежного соматичного розладу у хворих із соматоформними розладами не нижча, ніж в інших людей того ж віку. Зміна акцентів у скаргах хворих чи їх стабільність мають особливо насторожити лікаря і вимагають продовження поглибленого обстеження.

У разі іпохондричного розладу увага хворого більше спрямована на наявність передбачуваного серйозного хворобливого процесу, який прогресує, можливої інвалідації, пацієнт частіше просить про обстеження, щоб підтвердити передбачуване захворювання, тоді як хворий із соматизованим розладом просить про лікування, щоб усуну-

ти наявні симптоми. У разі соматизованого розладу звичайно спостерігається надмірне вживання препаратів, тоді як пацієнти з іпохондричним розладом побоюються ліків, їхньої побічної дії і шукають підтримки й заспокоєння за рахунок частих візитів до різних лікарів (невербально підтверджуючи для оточення вагомість свого захворювання, залучаючи у свою маніпуляцію медичних працівників).

Терапія соматоформних розладів передбачає широке коло лікувальних і профілактичних заходів, що вимагає участі не тільки лікаря-інтерніста, а й психіатра та психотерапевта.

Величезне практичне значення має той факт, що відповідні психічні розлади можуть не усвідомлюватися самим хворим або дисимулюватися. Хворі звичайно опираються спробам обговорення можливості психологічної зумовленості симптомів, навіть за наявності виразних депресивних чи тривожних проявів. Унаслідок цього базисним напрямком у лікуванні хворих на соматоформні розлади нині є психотерапія. Використовується практично весь спектр сучасних форм і методів психотерапії. Широко застосовується раціональна терапія, автогенне тренування, гіпнотерапія, групова, аналітична, біхевіоральна, позитивна, клієнт-центрована терапія та ін. Однак незважаючи на пріоритетність психотерапевтичної корекції, переважання у клінічній картині соматовегетативних складових не дає можливості обійтися без медикаментозної терапії. В ініціальному періоді навіть суворо директивні методики не дають змоги одержати швидко бажаний результат, що, зрештою, компрометує психотерапію як метод.

Фармакотерапія соматоформних розладів припускає використання широкого спектра психотропних засобів — у першу чергу анксиолітиків, а також антидепресантів, ноотропів і нейролептиків. Проте застосування психотропних засобів у клініці соматоформних розладів має свої особливості. Призначаючи психотропні засоби, доцільно обмежуватися монотерапією із використанням зручних у застосуванні лікарських препаратів. З огляду на можливість підвищеної чутливості, а також імовірність побічних реакцій, психотропні засоби призначають у малих (порівняно з використовуваними у «великій» психіатрії) дозах. Вимогою є також мінімальний вплив на соматичні функції, масу тіла, мінімальний поведінковий токсичність і тератогенний ефект, можливість застосування в період лактації, низька ймовірність взаємодії із соматотропними препаратами.

Виразний клінічний патоморфоз соматоформних розладів, значне розширення їхньої класифікаційної рубрикації і збільшення питомої ваги

соматичної патології, що перебігає з межовими психічними розладами, вимагає перегляду й уточнення критеріїв диференціальної діагностики і створює передумови для розробки нових діагностичних і терапевтичних підходів. Своєчасне виявлення й адекватна діагностика соматоформних розладів має вирішальне значення для успішної терапії і сприятливого прогнозу захворювання.

У зв'язку з цим видається доцільною інтеграція системи психотерапевтичної допомоги в загальносоматичні лікувально-профілактичні структури, відкриття психосоматичних відділень у

структурі загальносоматичних лікарень. Треба наголосити також на важливості підвищення знань лікарів загальної медичної мережі. Для лікарів загальної практики потрібно передбачити викладання основ медичної етики, деонтології і психотерапії, для лікарів-психотерапевтів — поглиблену професійну підготовку. Дуже актуальними є розробка спеціальних навчальних програм з конкретних проблем психосоматичної патології (клініка, діагностика, терапія), проведення тематичних конференцій і семінарів, організація курсів підвищення кваліфікації.

ЦИТОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Адлер А. О нервическом характере. СПб.: Университетская книга, 1997.— 388 с.
2. Александр Ф., Селесник Ш. Человек и его душа: познание и врачевание от древности и до наших дней.— М., 1995.— 605 с.
3. Гиляровский В. А. Избранные труды.— М.: Медицина, 1973.— 228 с.
4. Гиндикин В. Я. Справочник: соматогенные и соматоформные психические расстройства.— М.: Триада-Х, 2000.— 256 с.
5. Коркина М. В., Марилев В. В. Психосоматические расстройства // Психиатрия.— М.: Медицина, 1995.— С. 501–502.
6. Макаров В. В. Избранные лекции по психотерапии.— 2-е изд., перераб. и доп.— М.: Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000.— 432 с.
7. МКБ-9: Психические расстройства: Международная статистическая классификация болезней, травм и причин смерти 9-го пересмотра (адаптирован для использования в СССР).— Москва, 1982.
8. Павлов И. П. Клинические среды.— М.-Л., 1955.
9. Платонов К. К. Личностный подход в понимании психосоматических взаимоотношений // Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней.— М., 1972.— С. 47–55.
10. Посібник із застосування Міжнародної статистичної класифікації хвороб 10 перегляду.— Харків, 2000.— 186 с.
11. Сарториус Н. Понимание МКБ-10. Классификация психических расстройств.— Киев, 1997.— 104 с.
12. Селье Г. Стресс без дистресса: Пер. с англ.— М.: Прогресс, 1979.— 124 с.
13. Фрейд З. Психология бессознательного.— М.: Просвещение, 1989.— 448 с.
14. Schur M. Das Es und die Regulationsprinzipien des psychischen Geschehens.— Frankfurt/M, 1973.

СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА КАК МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Б. В. Михайлов, М. В. Афанасьев, И. Н. Сарвир, В. С. Фильк, А. А. Кашинский

В статье дан анализ основных взглядов на механизмы психосоматических соотношений, обоснована необходимость рубрикации соматоформных расстройств, рассматриваются их клинические проявления, принципы диагностики и патогенетической терапии. Предлагаются пути внедрения адекватных организационных форм психотерапевтических воздействий на современном этапе.

SOMATOFORM DISORDERS AS INERDISCIPLINARY PROBLEM OF CONTEMPORARY MEDICINE

B. V. Mykhaïlov, M. V. Afanasjev, I. M. Sarvir, V. S. Filick, O. A. Kashinsky

In the article the main sights on mechanisms psychosomatic of mutual relations are analysed, the necessity classification of somatofom disorders is justified, their clinical manifestations, principles of diagnostics and pathogenetic therapy are considered. The paths of introduction of the adequate organizational forms of psychotherapy improvement at the present stage are offered.