

Аффективные и соматоформные расстройства в практике врача-интерниста

Собенников В.С.
Кафедра психиатрии, наркологии
и психотерапии ИГМУ

Соматизация в первичном звене

- Распространенность соматизированных психопатологических расстройств в первичном медицинском звене по данным Barsky A. J., с соавт. (2005) достигает 20,5%,
- Прямые и косвенные расходы, направленные на оказание помощи соматизаторам, в США составляют 256 миллиардов долларов в год.

Распространенность соматоформных расстройств:

- Среди физически здоровых лиц - 10 - 80%*
- Среди пациентов многопрофильной больницы - 15,3%**
- У 50% пациентов с выявленными психическими расстройствами отмечаются соматические симптомы

* Психосоматическая медицина. П.И. Сидоров, А.Г. Соловьев, И.А. Новикова. (2006)

**По данным А.Б. Смулевича и др. (1999)

Психические расстройства в первичной медицинской сети

- Наиболее часто в первичной медицинской сети встречаются: Депрессия, ГТР и соматоформные расстройства – (Maier W. et al., 1999).
- Их адекватная диагностическая оценка, затруднена.
- Врачами общего профиля распознавание депрессии и тревоги при наличии соматоформных симптомов - снижается с 77% до 22% (Kirmayer L.J., et al., 1993),
- Наибольшие трудности вызывает дифференциация депрессии и соматоформного расстройства (Oxman T.E., et al., 1983).

Прямые и непрямые затраты (в рублях на одного больного за год), определяющие стоимость депрессии в общемедицинской сети

Больные, наблюдавшие ся	Затраты				
	прямые		непрямые		в целом
	на амбула- торную помощь	на стацио- нарную помощь	пропуще н-ные дни работы	пенсии по инвалид- ности	
кардиологами	323,8	4 474,8	2 406,4	643,5	7 848,5
терапевтами	491,5	3 661,2	2 508,8	357,3	7 018,8
неврологами	407,7	5 424	2 969,6	1 408,9	10 210,2
всеми специалистами	394,1	4 474,8	2 560	657,6	8 083,5

Соматизация в первичном звене

Психопатологические расстройства	Додиагностический этап (период наблюдения в общемедицинской сети)
Соматоформные и коморбидные диссоциативные расстройства (И.В.Пшеничных)	3,1 +/-0,7 лет
Шизофрения с ипохондрическим продромом (Н.В.Старкова)	4,4 +/-0,5 лет
Биполярная соматизированная депрессия (М.Л.Прокопьева)	3,1 +/-0,9 лет
Рекуррентная соматизированная депрессия (М.Л.Прокопьева)	2,6 +/-0,5 лет

Соматизированные симптомокомплексы в МКБ-10

- Соматоформные расстройства (F45)
- Другие диагностические кластеры раздела F4:
 - тревожные и тревожно-фобические расстройства (F40-41);
 - посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1);
 - диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44); неврастения (F48.0).
- Аффективные (депрессивные) расстройства настроения (F3)

Соматизация - механизм формирования псевдосоматических масок аффективных и невротических расстройств

- Определения:

- Патогенетические (психологические)

- Соматизация - «вытеснение» психологического конфликта из аутопсихики на уровень соматопсихики (Steckel W., 1921)
- Соматизация - выражение эмоционального дискомфорта и психологического стресса языком физических, телесных симптомов (Barsky A.J. et al., 1983; Graig T.K., et al., 1994).

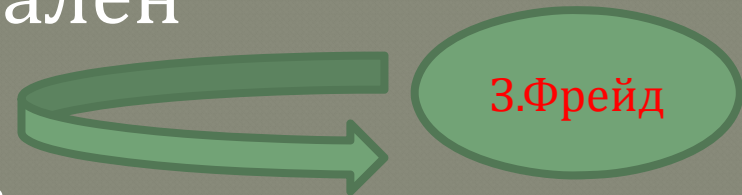
- Клиническое

- Соматизация - патологический процесс, выражающийся вовлечением вегетативно-соматических, в том числе вегетативных, нейроэндокринных, иммунных, обменно-трофических дисфункций в общую клиническую картину того или иного психического заболевания" (Краснов В.Н., 1998).

Три основных направления концептуализации патологических состояний с наличием соматизированных симптомов

- 1. истерия } Гиппократ
- 2. меланхолия } Гиппократ
- 3. ипохондрия } Гален

- 1. истерия - психоневроз
- 2. ипохондрия – актуальный невроз
- 3. меланхолия } Гипотимия



Психопатология соматизированных расстройств

Выделяется, по крайней мере, три патогенетических варианта соматизации (Краснов В.Н., 1998; Kirmayer L.J., et al., 1991):

- 1) аффективная (депрессивная, тревожная) – сенсорная акцелерация чувственного компонента тревожно-депрессивного аффекта (депрессия, ГТР, ПР, Фобии)
- 2) невротическая (конверсионная) – проекция бессознательных телесных фантазий (СФР, Дисс. р-во);
- 3) идеаторная (ипохондрическая, параноическая) – проекция аффективно-заряженных, кататимных комплексов)

Кроме того, отдельно рассматривается собственно нарушение общего чувства тела –

- 4) коэнестезиопатия (Dupre E., Camus P., 1907; Huber G. 1957)

Структура соматизированных расстройств

Тимопатический базис

Тревога

Депрессия

Истерия
(вегетативный)

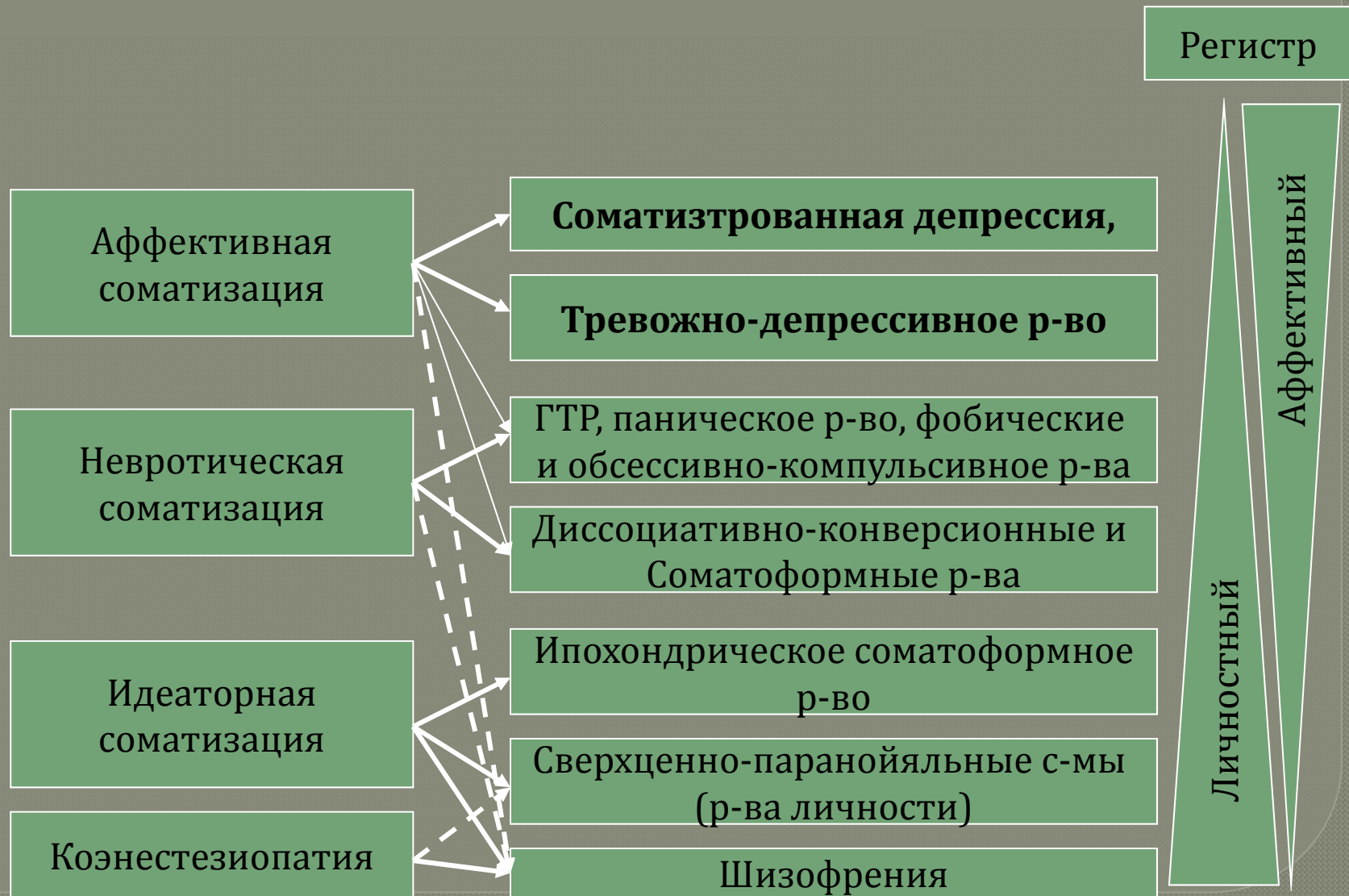
Ипохондрия
(идеаторный)

Соматизированная депрессия
(сенсорный)

Коэнестезиопатия и соматизация



Патогенетические варианты соматизации и нозологические формы



Аффективные соматизированные расстройства

- Депрессия (лат. – подавление) – патологическое состояние эмоциональной сферы, характеризующееся стойко сниженным настроением, тоской, подавленностью, переживанием безысходности и отчаяния, с пессимистической оценкой себя, ситуации, окружающей действительности, интеллектуальным и двигательным торможением, снижением побуждений и **соматовегетативными нарушениями.**
- Депрессию следует отличать от естественной (физиологической) реакции человека на неприятные ситуации, жизненные неудачи и психические травмы.

Аффективные соматизированные расстройства

- Чаще всего - боли, имеющие различную локализацию (голова, сердце, органы брюшной полости), как правило, упорные, сопровождающиеся эмоционально-неприятным тоном, таким образом, что собственно сниженный фон настроения воспринимается больным и врачом, как естественная реакция на неприятные ощущения.

Диагностика:

- **связь соматических симптомов с динамикой аффекта, в том числе в виде циркадного ритма;**
- **особый эмоционально-тягостный характер сенсаций,**
- **характерные вегетосоматические сдвиги (ранние пробуждения, снижение аппетита, массы тела, либидо),**
- **“микродепрессивный каркас” клинической картины (Lopes Ibor Alino J.J., 1972).**

Общие симптомы Тревоги и Депрессии

Тревога

Депрессия

гипербдительность

агорафобия

компульсии

страх

опасения

хроническая боль

гастроинтест. жалобы

чрезмерное беспокойство

ажитация

трудности концентрации

расстройства сна

усталость/

Снижение тонуса

подавленность

ангедония

повышение/
снижение веса

снижение интересов

суицидальные
мысли

Три гипотезы коморбидности депрессии и тревоги



- 1 – депрессия и тревога - независимы, являются самостоятельными расстройствами;
- 2 – в каждом конкретном случае депрессия может быть следствием тревоги и наоборот, (например тревога на фоне депрессии, может быть результатом включения адаптивных механизмов);
- 3 – депрессия и тревога различные проявления единого расстройства.

Наиболее адекватна в рамках психосоматического спектра

Аффективные соматизированные расстройства

- Тревога – наиболее часто встречающийся в общей медицинской практике психопатологический феномен. Характеризуется направленным в будущее переживанием опасности, которое сопряжено с соматическими симптомами, отражающими гиперактивность вегетативной нервной системы.

Аффективные соматизированные расстройства

- Соматические эквиваленты тревоги (соматическая тревога) полиморфны и включают:
- дрожь, подергивание, тремор, мышечное напряжение,
- чувство нехватки воздуха, одышку, затруднение при глотании,
- признаки гиперактивности вегетативной нервной системы - тахикардию, учащенное сердцебиение, потливость, похолодание рук,
- частый жидкий стул, учащенное мочеиспускание,
- различные неприятные ощущения (наплывы жара, боль в спине, животе, головная боль, парестезии в конечностях).

F45.0 Соматизированное расстройство

- *Диагностические признаки:*

Множественные и переменные соматические симптомы без адекватного соматического объяснения;

Неверие врачам, отказ следовать рекомендациям;

Нарушение социального и семейного функционирования может быть частично отнесено за счет природы симптомов и обусловленного ими поведения.

Включается: синдром множественных жалоб

F45.2 Ипохондрическое расстройство

• *Диагностические признаки:*

Наличие постоянных идей о существовании одного или более тяжелых соматических заболеваний, обуславливающих имеющийся симптом, или фиксация на предполагаемом уродстве;

Неверие врачам.

Включаются: Дисморфофобия (небредовая),
ипохондрический невроз,
нозофобия

F45.3 Соматоформная вегетативная дисфункция

● *Диагностические признаки:*

Хроническое вегетативное возбуждение (сердцебиение, тремор, потение);

Субъективные симптомы (боли, тяжесть, напряжение, раздувание);

Озабоченность по поводу возможного серьезного заболевания;

Отсутствие существенных структурных или функциональных нарушений органа или системы.

Включаются: Невроз сердца, невроз желудка, психогенный метеоризм, синдром раздраженного кишечника, психогенные формы кашля и одышки, психогенная дизурия.

F45.4 Хроническое соматоформное болевое расстройство

● *Диагностические признаки:*

Постоянная, тяжелая и психически угнетающая боль, которая не может быть полностью объяснена соматическими причинами и которая проявляется в сочетании с эмоциональным конфликтом или психосоциальными проблемами, которые могут быть расценены в качестве главной причины.

Включаются: Психалгия,
психогенные боль в спине или головная боль,
соматоформное болевое расстройство

Коэнестезиопатия

- Сенестопатии – разнообразные крайне неприятные, мучительные, тягостные ощущения без соматических причин.
- В зависимости от преобладания данных элементов можно дифференцировать:
- 1) сенестоалгии - с преимущественно эмоционально-негативным компонентом («очень неприятное, изматывающее ощущение, которое трудно описать»)
- 2) эссенциальные сенестопатии с преобладанием сенсоральных особенностей. Сенсоральные оттенки сенестопатий разнообразны.

Клинический пример невротической соматизации

- Б-й В., 34 года. Военнослужащий, офицер.
- Жалобы: р-ва сна (пробуждения, беспокойные сновидения – якобы вещие сны), раздражительность, вспыльчивость, часто тревога с сердцебиением, колющие боли в обл.сердца, «перебои» в сердце. При конфликтной ситуации – «теряется», не может говорить, чувство, что «руки заблокированы» – трудно их поднять.
- Анамнез. Мать после развода с отцом «потеряла чувствительность» – болела более года. С детства занимался спортом, редко болел, был «ответственным», сенситивным к одобрению со стороны окружающих.
- Болен 2 года, после гибели подчиненных-солдат, проводилось служебное расследование – была угроза суда, увольнения. До настоящего времени – начальник отмечает, что «такие офицеры армии не нужны», считает такую оценку несправедливой. Кроме того, 2 года – конфликт с женой, живут порознь, она обвиняет в бытовой неустроенности, неспособности достойно содержать семью, в этой связи в ноябре 2010 были даже суицидальные мысли, однако «помогла церковь». В то же время в течение года живет с другой женщиной.
- Во время беседы-держится претенциозно, стремится вызвать сочувствие, озабочен, в большей степени, ситуацией на службе. В оценке ситуации экстрапунитивен. «Вектор вины» направлен во вне. В эмоц.реакциях – преобладает раздражение и гнев в отношении «обидчиков», тревога в отношении собственного благополучия.

Этиология. Стресс и соматизация

- В современной литературе подчеркивается связь наличия в анамнезе психологической травматизации, ПТСР и количества жалоб соматического характера;
- Лица, имеющие травматический анамнез и больные ПТСР чаще наблюдаются в первичном медицинском звене (Friedman M.J., 1997)

Аффективно-невротический регистр, зона проявления соматизированных расстройств



Интегративная схема формирования соматизированных синдромов



Психопатологическая группировка расстройств с явлениями соматизации

Боль телесная



Боль душевная

Терапия соматизированных расстройств

- Важно определить следующие характеристики статуса больного:
- 1) особенности тимопатического базиса - преобладание в клинической структуре состояния тревоги, либо депрессии;
- 2) характера патологических ощущений в аспекте простоты, либо сложности их структуры, преобладания сенсорных, либо идеаторных характеристик, их динамической связи с аффективными симптомами, и ситуационными влияниями, полиморфизма и изменчивости.
- Наличие патологических ощущений всегда предполагает негативный эмоциональный сдвиг, поэтому наиболее **важным и неотъемлемым** элементом психотерапии соматизированных расстройств является **класс антидепрессантов**.

Выбор терапии субсиндромальных тревожно-депрессивных расстройств врачом общей практики

Требования к препаратам:

- Сбалансированное действие на симптомы тревоги и депрессии
- Высокий уровень безопасности и отсутствие лекарственных взаимодействий
- Отсутствие влияния на повседневную активность
- Отсутствие физической зависимости и синдрома отмены
- Высокая комплаентность пациентов

Оптимальное решение:

- ✓ Комбинация лекарственных препаратов растительного происхождения