

Михайлов Б.В., Кудинова Е.И.

СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Mykhaylov B.V., Kudinova O.I.

SOMATOFORM DISORDERS

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

Резюме Со второй половины XX века и до настоящего времени в обществе наблюдается общемировая тенденция к значительному росту психосоматических расстройств. При этом опережающими темпами возрастают показатели заболеваемости и распространенности соматических заболеваний, в происхождении которых значительную этиопатогенетическую роль играют психосоматический, либо психогенный механизмы. Анализ клинической структуры распространенных соматических заболеваний показывает, что такой значительный рост показателей в значительной мере обусловлен, с одной стороны, недиагностированными соматизированными депрессиями, а с другой – соматоформными расстройствами (СФР), состояниями, которые в отечественной медицинской практике традиционно диагностируются как вегетососудистая дистония или нейроциркуляторная дистония. Сложившаяся ситуация требует решения с позиций адекватной диагностики, соответствующих терапевтических подходов и организационных форм для их реализации.

Нами выделены ведущие патопсихологические механизмы соматоформных расстройств. Это позволило выделить основные мишени терапевтического воздействия. Сформирована система психотерапевтической коррекции соматоформных расстройств, построенная на этапном и мультимодальном принципах.

Апробация системы показала ее высокую эффективность в 82% случаев.

Ключевые слова: *соматоформные расстройства, психотерапия, терапевтические мишени, мультимодальный принцип.*

Со второй половины XX века и до настоящего времени в обществе наблюдается общемировая тенденция к значительному росту психосоматических расстройств. При этом опережающими темпами возрастают показатели заболеваемости и распространенности соматических заболеваний, в происхождении которых значительную этиопатогенетическую роль играют психосоматический либо психогенный механизмы [1,2,3,5,10,11].

В то же время анализ изменений структуры заболеваемости расстройствами психики и поведения показывают, что практически 100% прироста обусловлены непсихотическими, так называемыми пограничными расстройствами. [9,10,11,15] Наряду с этим наблюдается куда более значительный рост по всем основным

классам соматических заболеваний (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные заболевания, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки), в генезе которых значительную роль играют психосоматические механизмы. В свою очередь, «внутренний» анализ клинической структуры распространенных соматических заболеваний показывает, что такой значительный рост показателей в значительной мере обусловлен, с одной стороны, недиагностированными соматизированными депрессиями, а с другой – соматоформными расстройствами (СФР), состояниями, которые в отечественной медицинской практике традиционно диагностируются как вегетососудистая дистония или нейроциркуляторная дистония. Сложившаяся

ситуация требует решения с позиций адекватной диагностики, соответствующих терапевтических подходов и организационных форм для их реализации. [9,15,16,18]

Несмотря на то, что существуют многочисленные теории, пытающиеся 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.

Происхождение соматоформных расстройств должно рассматриваться в русле общей психосоматической парадигме. Основное этиологическое значение имеют 3 группы факторов.

Наследственно-конституциональные факторы, среди которых необходимо выделить конституционально-типологические особенности ЦНС и личностно-акцентуационные особенности.

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

Органические факторы – различного рода преморбидная органическая (травматическая, инфекционная, токсическая, гипоксическая и др.) скомпроментированность интегративных церебральных систем надсегментарного уровня, прежде всего лимбико-ретикулярного комплекса.

В то же время теоретические исследования механизмов формирования психогенных расстройств традиционно проводились в рамках двух принципиально различных парадигм, основные положения которых были сформулированы еще в период античной медицины. Согласно первой из них – «психоцентрической» – причинно-следственные соотношения направлены от «психической» составляющей заболевания к «соматической». Соответственно постулируется первичность психических процессов при формировании соматических расстройств. Противоположные соотношения – причинно-следственная направленность от «соматической» составляющей заболевания к «психической» – характерны для второй – «соматоцентрической» парадигмы, при этом приори-

тетная роль при формировании психосоматических расстройств отводится соматическим процессам.

Психоцентрические концепции разрабатывались как представителями психосоматического, так и кортико-висцерального направления.

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, приводящие соответственно к активации ЦНС и симпатической нервной системы, либо к блокированию вазомоторных процессов [20].

Различные психодинамические теории постулируют возможность возникновения соматического заболевания в результате патологического смещения и последующей трансформации психической энергии в «энергию иннервации», приводящую к функциональным, а затем и к органическим нарушениям деятельности внутренних органов.

Теория S. Freud'a предусматривала возможность формирования «невроза органа» за счет смещения энергии, вытесненных в бессознательное конфликтов, в сферу функционально-анатомических образований («конверсия на орган») [5]. Достаточно близкой является концепция символического языка органов А. Адлера, базирующаяся на допущении, что соответствующие системы органов могут специфически отражать психические процессы [5]. F. Alexander в своей концепции специфичности отказывается от символической интерпретации органической висцеральной патологии. Развитие вегетативного невроза расценивается как следствие «бессознательных конфликтов», возникших из-за невротического развития ребенка; при этом эмоциональное напряжение, не получая разрядки вовне, приводит к персистирующим изменениям вегетативной нервной системы, формированию необратимых органических изменений органов [9,13].

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. [9,17,19]

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 [2,3,6,11,16,17].

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

1. Соматизированные психические реакции - соматоформные расстройства, формирующиеся вследствие эмоционально-психогенного фактора 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 произвольный, независимый от воли, существенно влияющий на качество жизни больного) – вторичные невротические расстройства острого и затяжного типов.
3. Органные или системные соматические поражения собственно психосоматического характера, возникающие в ответ на констелляцию социально-психогенных, личностно- и биоконституциональных 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.

Разного рода псевдосоматические расстройства, с давних пор описывались в рамках астенических, истерических, ипохондрических и некоторых других проявлений. В то же время, в последнее время в структуре невротических расстройств стремительно увеличивается удельный вес соматовегетативных и неврологических компонентов, соответственно уменьшается чисто психическая симптоматика.

В современных представлениях рубрика соматоформных расстройств включает в себя три базисных компонента: истерические расстройства, органичные неврозы, вегетосудистую и нейроциркуляторную дистонию.

Несмотря на давно принятый в общепринятой практике модус рассматривать эти состояния в русле психогенно-конституциональных расстройств, которые диагностируются и курируются психиатрами и психотерапевтами, в медицинской практике продолжается – и отстает – параллельное их курирование неврологами и кардиологами. Так, используются термины и классификации для НЦД, предложенные Г.Ф. Лангом, Н.Н. Савицким, В.И. Маколкиным. [7,8,12,13].

Для обозначения дизрегуляторных расстройств сердечно-сосудистой системы, Г.Ф. Лангом был впервые предложен термин «нейроциркуляторная дистония», который представлял НЦД как синдром, создающий опасность для развития гипертонической болезни. В качестве самостоятельного заболевания НЦД впервые представил П.Н. Савицкий, который выделил три ее варианта: кардиальный, гипотонический и гипертонический. Наиболее детализированной является классификация, разработанная Г.М. Покалевым и В.Д. Трошиным, в которой не только обозначены различные типы НЦД с учетом ее происхождения, но и выделены клинические варианты их течения, осложнения и фазы заболевания. Многие исследователи до настоящего времени считают наиболее приемлемым следующее определение НЦД: «Нейроциркуляторная дистония – самостоятельное, полиэтиологическое заболевание, являющееся частным проявлением вегетативной дистонии, при котором имеются дизрегуляторные изменения преимущественно в сердеч-

но-сосудистой системе, возникающие вследствие первичных или вторичных отклонений в надсегментарных и сегментарных центрах вегетативной нервной системы».

Параллельно существуют воззрения А.М. Вейна и соавт., которые считают, что НЦД не может быть самостоятельным заболеванием, а является лишь «осколком» ВСД.

В последние годы А.М. Вейн признал правомерность и необходимость замены термина «вегетативные кризы» на «панические атаки» [4].

В настоящее время среди терапевтов и невропатологов продолжается тенденция к шифрованию вегетососудистой и нейроциркуляторной дистонии по МКБ-10 в классе VI - болезни нервной системы как G.90.8 и G.90.9 соответственно.

Согласно МКБ-10, к соматоформным расстройствам отнесены следующие диагностические рубрики.[14]

F45.0 Соматизированное расстройство

Основным диагностическим признаком является наличие множественных, повторно возникающих и часто видоизменяющихся соматических симптомов, которые обычно имеют место на протяжении не менее 2-х лет. Симптомы могут относиться к любой системе или органу.

Клинически значимые признаки.

Течение расстройства хроническое, часто сопровождается нарушением социального, межперсонального и семейного поведения.

Диагностические критерии:

- а) наличие в течение не менее 2 лет множественных и переменных соматических симптомов, которым не было найдено адекватного соматического объяснения;
- б) постоянное неверие различным врачам, которые пытались разубедить пациента в существовании органической причины их симптомов и отказ следовать их советам;
- в) нарушения социального и семейного функционирования могут быть отнесены за счет симптоматики и обусловленного ею поведения.

F45.1 Недифференцированное соматоформное расстройство

Эта категория должна использоваться в случаях, когда соматические жалобы множественны, переменны и длительны, но в то же время полная и типичная клиническая картина

соматизированного расстройства не обнаруживается, а длительность заболевания менее 2-х лет.

Может отсутствовать напористый и драматический характер предъявления жалоб, последние могут быть сравнительно малочисленны или может полностью отсутствовать нарушение социального и семейного функционирования.

F45.2 Ипохондрическое расстройство

Основной признак заключается в постоянной озабоченности возможностью заболевания тяжелым и прогрессирующим соматическим расстройством. Больные постоянно предъявляют соматические жалобы или проявляют озабоченность своим соматическим состоянием. Нормальные или обыкновенные ощущения и явления часто интерпретируются больным как аномальные и неприятные, причем внимание обычно фокусируется на одном или двух органах или системах организма. Больной может назвать предполагаемое соматическое заболевание или дефект тела, сам характер предполагаемого заболевания может меняться. Нередко больной предполагает, что помимо основного заболевания существует и дополнительное. Симптоматика и нарушение продуктивности обычно имеют хронический и волнообразный характер. Многие больные, особенно с легкими формами этого расстройства, продолжают наблюдаться в рамках первичной медицинской помощи или психиатрических медицинских служб.

Диагностические указания:

Для достоверного диагноза необходимо сочетание обоих критериев:

- а) наличие постоянных идей о существовании одного или более тяжелых соматических заболеваний, обуславливающих имеющийся симптом или симптомы, или фиксация на предполагаемом уродстве, причем указанная идея сохраняется, несмотря на то, что не обнаружено адекватное соматическое объяснение соответствующим жалобам;
- б) постоянное неверие различным докторам, пытающимся убедить пациента в отсутствии соматической болезни, обуславливающей их симптомы.

F45.3 Соматоформная вегетативная дисфункция

Жалобы предъявляются больным таким образом, будто они обусловлены соматической

патологией различной системно-органной принадлежности:

сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной, дыхательной и пр.

Первый тип симптомов, на котором во многом основывается диагностика, характеризуется жалобами, отражающими объективные признаки вегетативного возбуждения, такие как сердцебиение, потение, покраснение и тремор. Второй тип характеризуется более идиосинкратическими, субъективными и неспецифическими симптомами, такими как ощущения мимолетных болей, жжения, тяжести, напряжения, ощущения раздувания или растяжения. Эти жалобы относятся больным к определенному органу или системе (к которым может относиться и вегетативная симптоматика). Характерная клиническая картина складывается из отчетливого вовлечения вегетативной нервной системы, дополнительных неспецифических субъективных жалоб и постоянных ссылок больного на определенный орган или систему в качестве причины своего расстройства.

У многих больных с этим расстройством имеются указания на наличие психологического стресса или затруднения и проблемы, которые представляются связанными с расстройством. Тем не менее, у значительной части больных, отвечающих критериям данного расстройства,отягощающие психологические факторы не выявляются.

В некоторых случаях могут также присутствовать незначительные нарушения физиологических функций, такие как икота, метеоризм и одышка, но сами по себе они не нарушают основного физиологического функционирования соответствующего органа или системы.

Диагностические указания:

Для достоверного диагноза требуются все следующие признаки:

а) симптомы вегетативного возбуждения, такие как сердцебиение, потение, тремор, покраснение, которые имеют хронический характер и причиняют беспокойство;

б) дополнительные субъективные симптомы, относящиеся к определенному органу или системе;

в) озабоченность и огорчения по поводу возможного серьезного (но часто неопределенного) заболевания этого органа или системы, причем повторные объяснения и разуверения на этот счет врачей остаются бесплодными;

г) отсутствуют данные о существенном структурном или функциональном нарушении данного органа или системы.

F45.30 Соматоформная вегетативная дисфункция сердца и сердечно-сосудистой системы

Включаются:

— невроз сердца; — синдром Да Коста; — нейроциркуляторная астеня.

F45.31 Соматоформная вегетативная дисфункция верхнего отдела желудочно-кишечного тракта

Включаются:

— невроз желудка; — психогенная аэрофагия; — икота; — диспепсия; — пилороспазм.

F45.32 Соматоформная вегетативная дисфункция нижнего отдела желудочно-кишечного тракта

Включаются:

— психогенный метеоризм; — синдром раздраженного кишечника; — синдром газовой диареи.

F45.33 Соматоформная вегетативная дисфункция дыхательной системы

Включаются: — психогенные формы кашля и одышки.

F45.34 Соматоформная вегетативная дисфункция мочеполовой системы

Включаются:

— психогенное повышение частоты мочеиспускания; — психогенная дизурия.

F45.38 Соматоформная вегетативная дисфункция других органов или систем

F45.4 Хроническое соматоформное болевое расстройство

Ведущей жалобой является постоянная, тяжелая и психически угнетающая боль, которая полностью не может быть объяснена физиологическим процессом или соматическим расстройством и которая появляется в сочетании с эмоциональным конфликтом или психосоциальными проблемами, которые могут быть расценены в качестве главной причины. Сюда не включается боль предположительно психогенного происхождения, которая возникает в течение депрессивного расстройства или шизофрении. Боли, возникающие по известным или подразумеваемым психофизиологическим механизмам, такие как боль мышечного напряжения или мигрень, но у которых предполагается психогенное происхождение, кодируются

по шифру F54 (психологические или поведенческие факторы, связанные с расстройствами или заболеваниями, классифицируемыми в других разделах), плюс — дополнительным кодом из других рубрик МКБ-10 (например, мигрень F43.-).

F45.8 Другие соматоформные расстройства

При этих расстройствах жалобы больных не опосредуются вегетативной нервной системой и ограничиваются отдельными системами либо частями тела. Сюда следует отнести любые другие расстройства ощущений, возникающие вне связи с органическими расстройствами, которые тесно связаны по времени со стрессорными событиями и проблемами.

Включаются следующие типы расстройств:

- а) «истерический ком» (ощущение комка в горле, вызывающее дисфагию);
- а также другие формы дисфагии;
- б) психогенная кривошея и другие расстройства, сопровождающиеся спазмодичными движениями (исключая синдром Туретта);
- в) психогенный зуд (исключая специфические кожные расстройства, такие как алопецию, дерматиты, экзему или утрикарию психогенного генеза (F54));
- г) психогенную дисменорею (за исключением диспареунии (F52.6) и фригидности (F52.0);
- д) скрежетание зубами.

F45.9 Соматоформное расстройство, неуточненное

Включается:

- неуточненное психофизиологическое;
- психосоматическое расстройство.

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 соматиче-

скими заболеваниями, тревожно-депрессивными и ипохондрическими расстройствами.

Одной из наиболее распространённых форм вегетативной дисфункции в настоящее время является паническое расстройство (ПР), которое проявляется пароксизмальными нарушениями в виде панических атак (ПА) с вегетативными, эмоциональными и идеаторными составляющими [4].

Современная концепция панических расстройств формировалась с середины прошлого столетия в двух направлениях: медицинском и психологическом.

Впервые ПР были выделены в отдельную диагностическую категорию «Панических расстройств» (ПР) в американской классификации DSM-III. Были выделены следующие диагностические критерии: чёткая повторяемость приступов тревоги (паники); появление тревоги ожидания в «межприступном периоде» и частое развитие агорафобии; повышенный наследственно-генетический риск развития ПР; выраженная связь с депрессией и алкоголизмом; частое наличие пролапса митрального клапана; провокация приступов паники лактатом натрия и углекислым газом; высокая эффективность антидепрессантов; недостаточная эффективность использования традиционных бензодиазепиновых транквилизаторов и психотерапии.

В рамках традиционного нозологического подхода ПР описывалось наиболее часто в структуре неврозов в виде «вегетативных кризов» (чаще симпатикотонических, реже смешанных или вагоинсулярных), в структуру которых включались состояния тревоги и страха. В дальнейшем, при прогрессивном развитии, возникают фобические расстройства в виде агорафобии, кардиофобии, инсультофобии.

В то же время, в общих диагностических критериях ПР указано, что ПА развиваются вне какой-либо связи с текущими психологическими факторами.

Формирование системы терапии больных соматоформными расстройствами.

На основании полученных результатов, нами обоснована и разработана система психотерапии и психокоррекции больных соматоформными расстройствами, построенная на принципах системности и многоступенчатости.

Базовым методом реализации медико-психологической реабилитации больных СФР была групповая психотерапия с элемента-

ми рациональной, позитивной, суггестивной и семейной психотерапии. Относительно нарушений эмоциональной сферы в виде фобически-депрессивных и тревожно-депрессивных расстройств, применялась когнитивно-бихевиоральная терапия (КБТ) по А.Беку.

Теоретической основой КБТ является представление о том, что аффективные и сомато-вегетативные изменения взаимосвязаны и требуют когнитивной коррекции.

Основными целями терапии были: 1) идентификация ложных представлений пациентов о своей болезни; 2) обучение альтернативным способам реагирования; 3) закрепление новых когнитивных представлений и новых поведенческих реакций.

КБТ проводилась 2 – 4 раза в неделю, длительность курса от 4 до 6 недель. КБТ включала три основных компонента: дидактический, когнитивный и поведенческий.

Дидактический компонент включал рациональное объяснение больному ложных представлений и ошибочной логики. Проводится разъяснение взаимосвязи мышления, аффектов и поведения, и логическое обоснование терапевтического процесса.

Когнитивный компонент включает четыре процесса: 1) формирование нового стереотипа мышления, 2) тестирование нового стереотипа, 3) идентификация дезадаптивных положений, лежащих в основе патологической симптоматики, 4) изменение стереотипа дезадаптивных положений.

Поведенческий компонент использовался для изменения дезадаптивного или ошибочного стереотипа мышления и поведения. Основные методы: создание оптимальной схемы деятельности, ретенция новых стереотипов, обучение самоуважению, ролевые игры и методы отвлечения.

I этап «Оценка психоэмоционального состояния» - начинался с момента поступления больного в стационар и был направлен на определение состояния эмоциональной сферы и мишеней психокоррекции (1 сеанс).

II этап «Формирование комплаенса» - содержал в себе меры по формированию комплаенса, первичного установления психологического контакта и формирование положительной мотивации к лечению (2 сеанса).

III этап «Психотерапия и психокоррекция» - включал индивидуальную и групповую психотерапию, которые были направлены на изменения активной жизненной стратегии, самовосприятие путем осознания смысла жизни и его качества, наличия важной стратегической цели (10 сеансов).

IV этап «Психологическое сопровождение и анализ эффективности системы психотерапии» - включал 4 сеанса индивидуальной психотерапии с элементами семейной психокоррекции.

Апробация системы показала ее высокую эффективность в 82% случаев.

Выводы.

Больные соматоформными расстройствами представляют собой значительный, все увеличивающийся контингент.

Для восстановительной терапии и реабилитации больных с соматоформными расстройствами ведущим методом является психотерапия. Психотерапия больных с СФР должна быть построена по принципам этапности и мульти-модальности.



Рис.1. Алгоритм осуществления системы психотерапевтической коррекции больных СФР.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1993. – С. 225–237.
2. Березанцев А. Ю. Теоретические и практические аспекты соматоформных расстройств и психосоматики (сообщение 1) // Российский психиатрический журнал. – 2001. – № 5. – С. 4–10.
3. Бройтигам В., Кристиан П., фон Рад М. Психосоматическая медицина. – М.: Гэотар Медицина, 1999. – 376 с.
4. Вейн А.М., Панические атаки // Международный медицинский журнал. – 1997. – №3. – С. 75 – 79.
5. Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии / Пер. с англ. – Київ: Сфера, 1997. – Т. 2. – 435 с.
6. Гиндикин В. Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства: Справочник. – К, 1997. – 104 с.
7. Маколкин В.И., Аббакумов С.А., Сапожникова А.А. Нейроциркуляторная дистония. (Клиника, диагностика, лечение). Чебоксары (1995).
8. Марилов В. В., Коркина М. В., Есаулов В. И. Личностные особенности и характер психических нарушений при синдроме раздражения толстой кишки // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – Т. 10, № 4. – С. 21–27.
9. Михайлов Б. В., Сарвир И. Н., Чугунов В. В., Мирошниченко Н. В. Генеалогия, механизмы формирования, клиника и основные принципы терапии соматоформных расстройств // Медицинские исследования. – 2001. – Т. 1, вып. 1. – С. 36–38.
10. Москаленко В.Ф., Горбань Є.М., Табачников С.І., Волошин П.В. Психічне здоров'я як складова подальшого розвитку нації (підсумки за 10 років незалежності України). Архів психіатрії, № 4 (2001).
11. Пограничная психическая патология в общемедицинской практике / Под ред. А. Б. Смудевича. – М.: Русский врач, 2000. – С. 78–105.
12. Покалев Г.М. Нейроциркуляторная дистония. Н. Новгород (1994).
13. Савицкий Н.Н. Биофизические основы кровообращения и клинические методы изучения гемодинамики. Ленинград (1963).
14. Сарториус Н. Понимание МКБ-10. Классификация психических расстройств. Киев (1997).
15. Табачников С. И., Титиевский С. В. Психосоматические расстройства и постчернобыльский синдром // Doctor. – 2002. – № 6. – С. 14–16.
16. Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. – М.: Медицина, 1986. – 384 с.
17. Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г., Довженко Т. В. и др. Концепция соматизации. История и современное состояние // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – Т. 10, № 4. – С. 81–97.
18. Alexander F. Psychosomatische Medizin. – Berlin–New York: De Gruyter, 1950. – 2 Aufl.
19. Keller R. Somatization. Theories and Research // J. Nerv. Ment. Dis. – 1990. – Vol. 3. – P. 150–178.
20. Rief W., Hiller W. Somatisierungstoerung und Hypochondrie. – Goettingen–Bern–Toronto–Seattle: Hogrefe, Verlag für Psychologie, 1990.
21. Selye H. The stress of life. – New York: McCraw–Hill Book Co., 19
22. Амосова К.М. Зв'язок комплаєнсу при лікуванні артеріальної гіпертензії з психологічними чинниками особистості / К.М.Амосова, Л.Є.Трачук, Н.В.Береза, Ю.В.Руденко // Серце і судини. – 2012.- №1(37).- С.85-92.
23. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Пер. с нем. – М., 1999. – 376с.
24. Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии / Пер. с англ. – Київ: Сфера, 1997. – Т. 2. – 435 с.
25. Гиндикин В.Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства: Справочник. – М.: Триада-Х, 2000. – 256 с.
26. Долженко М.Н. Депрессивные и тревожные расстройства при сердечно-сосудистых заболеваниях / М.Н. Долженко // Практична ангіологія. – 2006. – Т.2, №1. – С.17-23.
27. Дроздова И.В. Артериальная гипертензия в фокусе психокардиологии. // И.В. Дроздова, Л.Г. Степанова, Н.А. Яковенко, М.Н. Емец. // Медична психологія. 2014. – т. 9 №1 (33). – С.41 – 48.
28. Карвасарский Б.Д., Простомолотов В.Ф. Невротические расстройства внутренних органов. – Кишинев: Штиинца, 1988. – 165 с.
29. Маркова М.В. Медико - психологічні аспекти розвитку та перебігу хвороб системи кровообігу /М.В. Маркова, В.В. Бабич // Новости медицины и фармации. Неврология и психиатрия: спец. вып. – 2008. – № 243. – С. 71 –74.
30. Марута Н.О. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні / Н.О. Марута // НейроNews. Психоневрологія и нейропсихиатрия. – 2010. - №5 (24). – С.83 – 90.
31. Михайлов Б.В. Психотерапия в общесоматической медицине: клин. руководство / Б.В.Михайлов, А.И.Сердюк, В.А. Федосеева. – Харьков: Прапор, 2002. – 108 с.
32. Михайлов Б.В., Волошин П.В., Деменко В.Д., Мартыненко А.А., Сердюк А.И., Андрух Г.П., Федосеев В.А. Посібник по використанню Міжнародної статистичної класифікації хвороб 10 перегляду. – Харків, 2000. – 186 с.
33. Морозов П.В. Состояние психического здоровья населения и тенденции развития психиатрической помощи на постсоветском пространстве. /Морозов П.В., Незнанов Н.Г., Лимакин О.В. [и др.] // Укр. вісник психоневрології – Том 22 – випуск 1 (78) – 2014. – С. 11–17.
34. Напрєєнко О.К. Психіатрична наука в Україні у 2013 році та напрямки її вдосконалення (за даними Проблемної комісії «Психіатрія» МОЗ і НАМН України). / О.К. Напрєєнко // Укр. вісник психоневрології – 2014. – Том 22 – випуск 1–№ (78)2 – С. 18–22.
35. Органов Р.Г. Депрессивные расстройства в общемедицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога. / Органов Р.Г. Погосова Г.В., Шальнова С.А. [и др.] // Кардиология – 2005 – № 8 – С. 38–44.

36. Пинчук И. Я. Распространенность психических расстройств в Украине // Журн. АМН України.–2010.–т.16, № 1. – С. 168–176.
37. Сарториус Н. Понимание МКБ-10. Классификация психических расстройств. Киев (1997).
38. Смулевич А.Б. Психокardiология /А.Б. Смулевич, А.Л.Сыркин. – М.: МИА, 2005. – 778с.
39. Хаустова Е.А, Безшейко В.Г. Современные представления о диагностике и терапии тревожных расстройств/ Международный неврологический журнал –2012. -№2.
40. Шестопалова Л.Ф. Довіра до лікаря як чинник формування комплаєнсу у хворих на невротичні та психічні розлади. // Шестопалова Л.Ф., Кожевнікова В.А., Бородавко О.О. // Медицинская психология. – т.8. №4 (32). – С.3–7.
41. Юрьева, Л. Н. Динамика распространения психических и поведенческих расстройств в мире и в Украине [Текст] / Л. Н. Юрьева // Медицинские исследования. – 2001. – Т. 1, вып. 1. – С. 32–33.
42. The ESEMed/MHEDEA 2000 Investigators. Prevalence of Mental disorders in Europe. Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMed) project // Acta Psychiatr. Scand. 2004.Vol. 109, Suppl. 420. P. 21–27.
43. Epidemiology of psychiatric and alcohol disorders in Ukraine: findings from the Ukraine World Mental Health survey / Bromet E.J., Gluzman S.F., Panioitto V.I. et al.//Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. – 2005. – Vol. 40. – P. 681690.
44. Lifetime prevalence and ageofonset distributions of DSMIV disorders in the National Comorbidity Survey Replication / Kessler R.S., Berglund B., Demler O. et al. // Archives of General Psychiatry. – 2005. – 62. – P. 593602.
45. Prevalence, severity and comorbidity of 12month DSMIV disorders in the National Comorbidity Survey Replication / Kessler R.S., Chui W.N., Demler J., Mericangas K.R., Walters E.E. //Archives of General Psychiatry. – 2005. – 62. – P. 617127.
46. The epidemiology of anxiety disorders / Comer J., Olsson J., Simpson, Y. Neria, R. LevisFernandez, F. Schneier (Eds.) // Anxiety disorders. – Cambridge, 2010.
47. Ariyo A.A. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group Depressive symptoms and risk of coronary heart disease and mortality in elderly Americans / A. A. Ariyo, M. Haan, C.M. Tangen et al // Circulation. – 2000 – 102:1773-9.
48. Н.-P.Kapfhammer. Concept of somatoform disorder. // 2011 Journal of The Europe Psych.Ass.Vol.26.Suppl.1.P.63.

РЕЗЮМЕ

СОМАТОФОРМНІ РОЗЛАДИ

Михайлов Б.В., Кудінова О.І.

Харківська медична академія післядипломної освіти

З другої половини ХХ століття і до теперішнього часу в суспільстві спостерігається загальносвіттова тенденція до значного зростання психосоматичних розладів. При цьому випереджаючими темпами зростають показники захворюваності і поширеності соматичних захворювань, в походженні яких значну етіопатогенетичну роль відіграють психосоматичний або психогенний механізми.

Аналіз клінічної структури поширених соматичних захворювань демонструє, що таке значне зростання показників у значній мірі обумовлений, з одного боку, недіагностованими соматизованими депресіями, а з іншого - соматоформними розладами (СФР), станами, які у вітчизняній медичній практиці традиційно діагностуються як вегетосудинна дистонія або нейроциркуляторна дистонія. Ситуація, що склалася, вимагає рішення з позицій адекватної діагностики, відповідних терапевтичних підходів і організаційних форм для їх реалізації.

Нами виділені провідні патофизиологічні механізми соматоформних розладів. Це дозволило виділити основні мішені терапевтичного впливу. Сформована система психотерапевтичної корекції діагностики, відповідних терапевтичних підходів і організаційних форм побудована за етапним і мультимодальним принципами.

Апробація системи показала її високу ефективність у 82% випадків.

Ключові слова: соматоформні розлади, психотерапія, терапевтичні мішені, мультимодальний принцип.

SUMMARY

SOMATOFORM DISORDERS

Mykhaylov B.V., Kudinova O.I.

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

Since the second half of the twentieth century and up to the present time in society there has been a worldwide trend towards a significant increase in psychosomatic disorders. At the same time, the rates of morbidity and prevalence of somatic diseases, whose psychosomatic or psychogenic mechanisms play a significant etiopathogenetic role, are increasing at a faster rate. Analysis of the clinical structure of common somatic diseases shows that such a significant increase in indicators is largely due, on the one hand, to undiagnosed somatized depression and, on the other hand, to somatoform disorders (SFR), conditions that are traditionally diagnosed in the Russian medical practice as vegetovascular dystonia or neurocirculatory dystonia. The current situation requires a solution from the standpoint of adequate diagnosis, appropriate therapeutic approaches and organizational forms for their implementation.

We have identified the leading pathopsychological mechanisms of somatoform disorders. This allowed us to identify the main targets of therapeutic effects. The system of psychotherapeutic correction of somatoform disorders, based on the step-by-step and multimodal principles, has been formed.

Approbation of the system showed its high efficiency in 82% of cases.

Key words: somatoform disorders, psychotherapy, therapeutic targets, multimodal principle.

Стаття надійшла до редакції 10.02.2018

У разі виникнення питань до автора статті, звертайтесь до редакції журналу ceomenshealth@gmail.com