

СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ПРАКТИКЕ КЛИНИЦИСТА

Е.В. Белова,
Москва

Ключевые слова: соматоформные расстройства, вегетативная дисфункция, сердечный невроз

Key words: somatoform disorders, somatoform autonomic dysfunction, cardiac neurosis

SOMATOFORM DISORDERS

Ye.V. Belova

Moscow

The paper presents the present views of somatoform disorders that imply psychogenic disorders manifesting themselves as somatic symptoms of functional nature. The major sign of this pathology is the recurrence of somatic symptoms along with patients' permanent requirements for medical examinations irrespective of negative tests and physicians' assurances of that there is no physical basis for symptomatology. However, it is very difficult to determine the proportion of these disorders in patients having an underlying somatic disease or, on the contrary, to suspect them when a somatic abnormality is demonstrated during the first meeting with a patient. A great diversity of somatoform disorders and their high incidence require that the physician should pay the maximum attention, an objective appraisal of a patient's complaints and a close collaboration with a psychiatrist/psychotherapist in both diagnosis and complex treatment.

Соматоформными расстройствами (СР) называют нарушения, обусловленные психогенно, но проявляющиеся соматической симптоматикой и носящие функциональный характер [1, 2]. Уровень этих нарушений невротический. Ранее для обозначения данных расстройств использовались такие термины, как функциональные, психовегетативные и нейроциркуляторные синдромы, а также органические неврозы. Целесообразность выделения СР заключается в подчеркивании преимущественной полисимптомности происходящих нарушений. Они встречаются чаще всего у впечатлительных людей и характеризуются не только множественностью проявлений, но и тенденцией к изменениям органичной представленности.

Согласно МКБ-10 к СР отнесены следующие подгруппы [1]:

- соматизированное расстройство;
- недифференцированное СР;
- ипохондрическое расстройство;
- соматоформная вегетативная дисфункция;
- хроническое соматоформное болевое расстройство;
- другие СР;
- СР, неуточненное.

Главным признаком СР является повторяющееся возникновение физических симптомов наряду с постоянными требованиями медицинских обследований вопреки подтверждающимся отрицательным результатам и заверениям врачей об отсутствии физической основы для симптоматики [2, 3]. Если физические расстройства и присутствуют, то они не объясняют природу и выраженность симптоматики или дистресса и озабоченности пациента.

Сложность диагностики СР состоит в том, что лечащий врач, даже предполагая наличие невротической симптоматики, может сомневаться, что функциональные расстройства выступают проявлением лишь психопатологии. Кроме того, терапевт не всегда имеет возможность выявить первичный психотравмирующий

фактор из-за отсутствия в его арсенале специальных методов и значительного временного разрыва между этим фактором и развертыванием картины СР, наступившего вследствие адаптационного срыва. Однако определить удельный вес данных нарушений у больных, имеющих исходное телесное заболевание или, наоборот, заподозрить СР при демонстрации соматической патологии при первой встрече с пациентом можно, учитывая следующие особенности:

- несоответствие описываемых жалоб и данных объективного исследования;
- преобладание в клинической картине малых признаков органичной патологии;
- повторяемость приступов болезни без прогрессирования изменений в соматической сфере;
- выявление факта переноса конфликтного обстоятельства в соматическую сферу;
- нарушение сна;
- преходящие сексуальные проблемы.

Однако до сих пор большое количество пациентов, обращающихся и продолжающих лечиться у терапевтов, главным образом, в поликлинической практике, оказываются людьми, страдающими СР. Яркая картина проявлений болезни, рисуемая пациентами, заставляет врача назначать многочисленные исследования, что довольно часто приводит к порочному кругу ятрогении, с одной стороны (учитывая комментарии врачей и включение в процесс обследования все более дорогостоящих видов исследования), и усиления тревоги у больного — с другой, так как при попытке анализа тех или иных результатов исследования неизбежно обнаруживаются те или иные отклонения от абсолютной нормы. Пациент фиксирует внимание на словах «несколько расширено, немного сужено, отклоняется, превышает» и т. д., что подкрепляет его уверенность в наличии некоего органического заболевания. Попытки врача разубедить его в этом вызывают сильное психологическое сопротивление, влекущее за собой поиски

других, более сведущих с точки зрения больного, врачей. Некоторые из этих больных попадают к знахарям и оккультистам, «специалистам» по мгновенной компьютерной диагностике, которые внушают пациентам мысль о еще более катастрофической картине болезни и гарантируют при этом полное излечение. Сложность взаимоотношений между пациентом и врачом состоит и в том, что «мнимый больной» не только ощущает различного рода боли и дискомфорт в организме, но и в самом деле является больным человеком, что необходимо признать врачу, успех которого будет заключаться в переводе проблемы из области соматики в область душевной патологии.

Как отмечал Н.В. Эльштейн, жалобы пациентов существенно зависят от того, к врачу какой специальности они обращаются [4]. В случае обращения к интернисту, естественно, преобладают жалобы на боли во внутренних органах, причем эти жалобы практически всегда подкрепляются больным ссылками на уже установленный в прошлом диагноз, что индуцирует порой определенный поворот врачебной мысли. Рассказ о болезни насыщен не столько описанием ощущений, сколько использованием когда-то услышанных медицинских терминов. Чтобы избежать возможных заблуждений, врач вновь и вновь должен просить больного конкретизировать описание ощущений, согласуя диагноз с собственным опытом.

Длительность и характер течения симптоматики, имитирующей соматическое заболевание, зависят от многих факторов, от преморбидного состояния до изменения среды как источника невротического состояния и как стержня социализации болезни, так как СР является формой приспособления к окружающей среде [3, 4].

В отсутствие своевременного и квалифицированного лечения и при продолжении стрессовых ситуаций у человека трансформируются жизненные цели, возникают идеи обвинения общества в своих неудачах и болезни, нарастает рентное настроение, бессознательно снижается потребность в выздоровлении в связи с возможностью уйти таким образом от ответственности и общественных обязанностей. Это означает, что, в отличие от симуляции, больной по-настоящему страдает от различных проявлений болезни и в то же время подсознательно получает от нее выгоды, позволяющие ему облегчить конфликт, приведший к СР, или выйти из него. На этом фоне различные вегетативные функциональные расстройства выполняют роль реальных маркеров болезни. Они становятся множественными, повторяемыми и имитируют телесное заболевание, сопровождаясь астенией, депрессией, ипохондрией.

Врач должен быть настроен в данной ситуации на объективную оценку телесного состояния больного и, даже убедившись в отсутствии соматической патологии, осторожно выявить «ядро ущемленного аффекта», которое под многими, порой многолетними, наслоениями других психотравмирующих факторов, иногда совершенно незначительных для постороннего глаза, реализуется в невротических расстройствах.

Передача пациента от интерниста к психотерапевту должна быть мягкой и максимально щадящей с учетом того, что психотерапевтическое лечение – процесс не только трудный, но и длительный. Интересно, что приходя в конце концов к психотерапевту, пациент оставляет свои соматические жалобы или резко их ограничивает, как «не имеющие отношения к делу», «не желая отвлекать внимания доктора», предпочитая, чтобы ему задавали вопросы. В описании жалоб также имеются характерные черты – главным образом, малая определенность локализации или характера болей, красочность и эмоциональность представления характера ощущений, тогда как соматический больной более конкретен и объективен. В речи часто используются слова: «как бы», «как будто», «знаете... вот...», «ну, вы знаете...». Боль имеет такие эпитеты, как «ужасная», «кошмарная», «дикая», «страшная» и т.д. Как правило, больные неравномерно дышат, но не замечают задержек дыхания и даже способствуют им, оставляя поднятыми плечи. Несмотря на определенную эмоциональность пациентов, часто у них отмечается тенденция к фиксированной позе или несменяемому положению отдельных частей тела, даже если пациент испытывает в это время онемение, «мурашки», дискомфорт. Работа над «расковыванием мышечного корсета» является одной из составляющих воздействия психотерапии. Это дает возможность выхода активности вегетативной нервной системы на целесообразные движения, ослабляя ее внутреннюю напряженность.

Отказ МКБ 10 от «органной» дисфункции дал основание подчеркнуть, что невроз не может быть болезнью какого-нибудь отдельного органа. Вегетативные нарушения лишь доминируют в той или иной области, и это онтогенетически связано с фиксацией вегетативной реализации подавленных эмоций. Однако условные «органные» неврозы, хотя каждый из них сопровождается богатой вегетативной симптоматикой, позволяют врачу проводить более точную дифференциальную диагностику. С этой целью в МКБ 10 выдвинута рубрика «Соматоформная вегетативная дисфункция» (СВД), которая включает следующие разделы [1]:

- СВД сердца и сердечно-сосудистой системы;
- СВД верхнего отдела желудочно-кишечного тракта;
- СВД нижнего отдела желудочно-кишечного тракта;
- СВД дыхательной системы;
- СВД других органов или систем.

СВД сердца и сердечно-сосудистой системы включает невроз сердца, синдром Да Коста, нейроциркуляторную астению [1].

Невроз сердца представляет собой различные боли в области верхушки сердца или под лопаткой, чаще точечного характера («как будто кто-то сунул палку») или режущие и стреляющие. Они появляются или становятся особенно чувствительными на вдохе, что способствует задержке дыхания, приводящей, в свою очередь, к другим вегетативным проявлениям – сердцебиению, ощущению беспокойства, нехватки воздуха. Такие же боли могут наблюдаться и в правой половине грудной

клетки, но пациенты им практически не придают значения и вспоминают только при расспросе. Фиксация внимания на левосторонних болях усиливает ощущение их интенсивности и непереносимости. Длительность болей непредсказуема — от нескольких секунд до нескольких часов, а поскольку ощущения бывают довольно интенсивными, больные замирают, становятся напряженными, настороженными и неподвижными. Однако чаще их поведение, наоборот, становится ажитированным, демонстративным, что сопровождается тахикардией, побледнением лица, учащением дыхания. Они судорожно ищут под руками «таблетку», привлекают к себе внимание окружающих, требуют вызвать скорую помощь.

По данным Ю.Ф. Антропова и Ю.С. Шевченко [5], до 90% пациентов с кардиалгиями имеют акцентуированные черты личности — истерические, лабильно-истероидные, эмоционально-лабильные. В детском возрасте кардиалгия менее отчетлива и более скудна в проявлениях.

При попытке указать во время сбора анамнеза локализацию боли пациенты держат в воздухе указательный палец, и как бы примериваясь, водят его над всей левой половиной грудной клетки. К признакам кардиального синдрома относятся также тахикардия и экстрасистолия, быстро проходящее повышение артериального давления (АД), преимущественно систолического. Как отмечали В.Д. Тополянский и М.В. Струковская [6], ощущение учащенного сердцебиения не всегда соответствует объективно определяемой тахикардии. Пациенты испытывают, скорее, сильные удары сердца, которые отсутствуют у них при физической нагрузке, мучительно досажая на фоне эмоциональных переживаний в состоянии физического покоя. Ощущения сердцебиения при неврозах могут возникнуть и в случае объективной брадикардии у больных с ваготонией. По данным тех же авторов, экстрасистолия отмечается не более чем в 5% случаев кардиального невротического синдрома и влечет за собой выраженный страх смерти [6].

Известно, что повышение АД, главным образом, систолического, является частым признаком аффективного возбуждения и сопровождается болями в области сердца, головными болями, бурными вегетативными проявлениями, являясь в ряде случаев поводом к госпитализации. Симуляция гипертонического криза может быть вызвана развитием парестезий и слабостью в конечностях по типу носков и перчаток при истерическом неврозе. Специфическое медикаментозное гипотензивное лечение в таких случаях, в отличие от транквилизирующей терапии, оказывается малоэффективным. Иногда при неэффективном лечении в амбулаторных условиях к нормализации АД приводит просто факт госпитализации, по существу, изоляции пациента от психотравмирующего фактора.

По нашим данным, аффективное состояние при отсутствии органического поражения сердца может сопровождаться смещением интервала ST на ЭКГ и изменением амплитуды зубца T, вплоть до его инверсии, что

свидетельствует о лабильной нервной регуляции, особенно при преобладании ваготонии [7].

СВД дыхательной системы встречается главным образом в рамках полисистемных СР — в 45,2% случаев, тогда как основным проявлением невроза она бывает лишь у 2,8% больных [8]. При этом субъективно она беспокоит пациентов редко и определяется в основном врачом при знакомстве с больным. Отмечено, что нарушения дыхания выявляются при опросе в 8,2% случаев, тогда как инструментально — в 87,2%. Дыхательные нарушения рассматриваются как один из симптомов истерии.

Для больных с неврогенной одышкой характерно ослабление автоматизма, произвольности акта дыхания, и чем более пациент старается его контролировать, тем скорее и более выражено развивается чувство нехватки воздуха, сопровождающееся зачастую дискомфортом в подложечной области, головокружениями, ощущением сильных ударов сердца. Паническое состояние в апогее приступа вызывает двигательное возбуждение, что вследствие возникшей гипервентиляции создает возникновение порочного круга. Однако, как было сказано выше, нарушения глубины и ритма дыхания не замечаются самими больными.

К симптомам, отмечаемым субъективно, относятся кашель, осиплость голоса, ларингоспазм. Мучительный, навязчивый, непродуктивный кашель, проходящий ночью во время сна и усиливающийся при мысленной фиксации на нем, не сочетается с какими-либо рентгенологическими изменениями в легких и спирографических показателях. Такой кашель сохраняется длительное время после перенесенного респираторного заболевания.

В.Ф. Простомолотов [8] описывает сочетание ларингоспазма с обильной отрыжкой воздухом, вызванной предшествующей аэрофагией, у лиц истероидного типа. Интенсивная одышка, сопровождающаяся ларингоспазмом, удлинением выдоха и ощущением удушья, имитирует приступ бронхиальной астмы, что часто приводит к затруднениям в постановке диагноза, тем более что больным этим заболеванием присущи психопатологические изменения личности. Соматоформные приступы такого рода чаще развиваются у больных неврозом навязчивых состояний на фоне фобических переживаний, страха смерти. Поэтому приступы развиваются, как правило, когда больные, отягощенные семейными психотравмирующими отношениями, оказываются дома одни или, в качестве защитного механизма при реакции избегания, перед предстоящим эмоциональным напряжением. Инструментальные методы исследования обнаруживают хорошую бронхиальную проходимость.

Мы наблюдали мальчика 13 лет с отрыжкой, не купирующейся при использовании специального терапевтического лечения. Он жил в обеспеченной семье, уготовившей мальчику роль семейной гордости и ожидавшей от него успехов, которые со временем должны были проявиться в международном масштабе. В связи с

этим дорогостоящие подарки, развлечения и занятия выступали как элементы негласного контракта с родителями. Чувство любви к родителям, ощущение семейного тепла и взаимопонимания постепенно исчезли и подменились своего рода отчетом. В довольно успешном психотерапевтическом лечении использовался образ младшей сестры, на которую родители не делали ставку, — единственного в семье человека, искренне привязанного к брату.

В разделе «Соматоформная вегетативная дисфункция нижних отделов желудочно-кишечного тракта» рассматривается синдром раздраженной толстой кишки (СРТК) [9, 10]. В формировании функционального запора огромное значение имеют психологические факторы, способствующие подавлению позыва к дефекации: от депрессивных и ипохондрических черт личности до ситуационно обусловленного запора, могущего стать привычным при фиксации условий, не располагающих к дефекации, — неопрятный туалет, коммунальная квартира, принуждение к спешке, подавление позыва, связанное с характером работы, канцерофобия, боязнь боли в прямой кишке при натуживании. Известны «дорожный запор» и «запор командированных». А.С. Логинов и соавт. [9] считают, что СРТК более характерен для тревожно-мнительных больных. У таких пациентов задержка стула может сопровождаться повышенным газообразованием с усиленным, порой навязчивым, громким отделением газов по утрам. В свою очередь, интоксикационный синдром, сопутствующий длительным запорам, усиливает подавленность настроения, раздражительность.

Другим вариантом СРТК являются поносы или выделение объемного кашицеобразного стула. Такие расстройства стула появляются по утрам или днем, но никогда ночью. Позывы к дефекации становятся императивными, возникают в самое неудобное для этого время и настолько сильны, что человек не может выйти из дома. После посещения туалета могут возникнуть новые позывы и тянущие боли внизу живота, которые заставляют тужиться, «чтобы спокойно уйти». Таким пациентам хорошо известно расположение общественных туалетов, и в их карманах всегда лежат деньги, чтобы была возможность ими воспользоваться.

СВД мочеполовой системы включает психогенное усиление мочеиспускания, психогенную дизурию. Психогенная дизурия близка по своим проявлениям к расстройствам функции толстой кишки и знакома врачам под названием «раздраженного мочевого пузыря». Больные жалуются преимущественно на частое мочеиспускание, однако при уточнении обстоятельств становится ясным, что речь идет не столько о поллакиирии, сколько об острой психологической потребности мочиться в самых неподходящих местах и в самое неподходящее время. В таких случаях довольно быстро возникает феномен фиксации по типу условного рефлекса на однажды происшедший «конфуз» или его угрозу. Это приводит к выраженному страху и тревожному ожиданию, что заставляет пациента делать неоднократные попытки помочиться до выхода из помещения. Сон, снимающий тревожные переживания, способствует удержанию мочи, тогда как у лиц с сексуальными расстройствами и эротическими сновидениями, наоборот, может быть причиной непроизвольного мочеиспускания.

В рамках «Другие СР» рассматривают, например, психогенный зуд, который чаще всего беспокоит в естественных складках тела, особенно по вечерам и ночью, и вызывает расчесы и вторичные изменения кожных покровов. Преобладает у больных депрессивным неврозом и при доминировании ваготонии. Преморбидные заболевания кожи на фоне невроза могут впервые проявляться или усиливаться под влиянием сильного психоэмоционального напряжения, играя роль защиты от нежелательной ситуации, как это описано в «Голубой книге» М. Зоженко. Под влиянием психотерапии кожный зуд не только ослабевает, но и меняет свою локализацию в пользу «косметически выгодных» мест.

Таким образом, сложное многообразие СР в различных сочетаниях, а также на фоне психосоматических и соматических заболеваний, при несомненных особенностях клинических проявлений требует от врача предельного внимания, объективной оценки жалоб пациента и тесного сотрудничества с психотерапевтом в вопросах как диагностики, так и комплексного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Международная классификация болезней (10 пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. Всемирная организация здравоохранения. Пер. под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. С.-Пб.: Оверлайн; 1994.
2. Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Фильц А.О., Морковкина И.В. Соматоформные расстройства (современные методологические подходы к построению модели). В сб.: Ипохондрия и соматоформные расстройства. Под ред. А.Б.Смулевича. М., 1992. с. 8—17.
3. Краснов В.Н. Психиатрические расстройства в общей медицинской практике. РМЖ 2001; 9(25):1187—91.
4. Эльштейн Н.В. Общемедицинские проблемы общетерапевтической практики. Таллин: Валгус; 1983.
5. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Лечение детей с психосоматическими расстройствами. С.-Пб.: МедиаСфера; 2002.
6. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. М.: Медицина; 1986.
7. Соколов Е.И., Белова Е.В. Эмоции и патология сердца. М.: Наука; 1983.
8. Простомолотов В.Ф. Комплексная психотерапия соматоформных расстройств. М.: Триада-Фарм; 2002.
9. Логинов А.С., Далецкая Г.Б., Парфенов А.И., Екисенина Н.И. Диагностика и лечение психогенных дискинезий кишечника. Клин мед 1990; 68(3):104—10.
10. Кемпиньски А. Человек и невроз. Структура и психотерапия неврозов. М.: Независимая ассоциация психологов-практиков; 1997.