



2 соматоформное расстройство Соматоформный отказ (ICD-10 V F45)

Соматоформные расстройства можно разделить на три группы

1 - Соматическое расстройство (болевое расстройство) (ICD-10 F45.0)

2 - Ипохондрическое расстройство (ICD-10 F45.2)

3 - Соматоформная вегетативная дисфункция / вегетативная дисфункция

(ICD-10 F45.3)

(Я ограничиваюсь этими тремя помехами).

Генерал

Соматизационные расстройства являются множественными и наиболее распространенными. Как уже было описано в Tölle и Windgassen, они диагностируются под разными названиями. В соответствии с МКБ-10 F45 соматоформные расстройства классифицируются как общий термин. Физические жалобы существуют без медицинского подтверждения, но их следует рассматривать в психолого-ситуационном контексте. Поэтому "соматоформ" означает "появление в физической форме". (Tölle R, Windgassen K, 2009)

Основные характеристики соматоформных расстройств пациенты описывают как физические жалобы, которые не могут быть приписаны органной болезни во время медицинского осмотра. Как указывает Дейстер, это расстройство может затронуть любой орган. Последствия могут быть серьезными из-за разнообразия различных симптомов. Таким образом, необходимо провести множество обследований, возможно, также в результате проведения операций. Пациенту часто требуется несколько лет, чтобы посетить психиатра. Зачастую, однако, больные не посещают психиатра. Это приводит к острым и хроническим заболеваниям. Соматоформное расстройство, также

называемое психогенным расстройством, требует специальной диагностической и терапевтической стратегии (Deister A, 2005).

Дифференциальная диагностика

Как уже отмечалось в работе Диллинга и др., дифференциация ипохондрического бреда затруднена из-за множества симптомов. Поэтому полезно, чтобы врач хорошо знал пациента, а пациент обладал хорошей степенью самопознания. Несомненно, знание пациентом симптомов болезни воспринимается пациентом как неприятное.

(Диллинг Х., Момбур У., Шмидт М. Х., 2008)

возникновение

Как уже описывал Дейстер, существуют различные симптомы: истощение, болевые симптомы, сердечно-сосудистые проблемы, сексуальные и псевдоневрологические симптомы, расстройства пищеварительного тракта (жалобы на желудочно-кишечный тракт), тошнота и дискомфорт живота, кишечные жалобы, сердечнолегочные заболевания (учащенное сердцебиение или боль в груди) и другие диффузные боли.

Часто требуется несколько лет, прежде чем пациенты попадут к психиатру, так как их органические жалобы не улучшились после многочисленных предыдущих обследований и операций. (Дейстер А, 2005)

9.3.1 Взаимосвязь психосоциального стресса, индивидуальности, эмоциональности и концепции заболевания

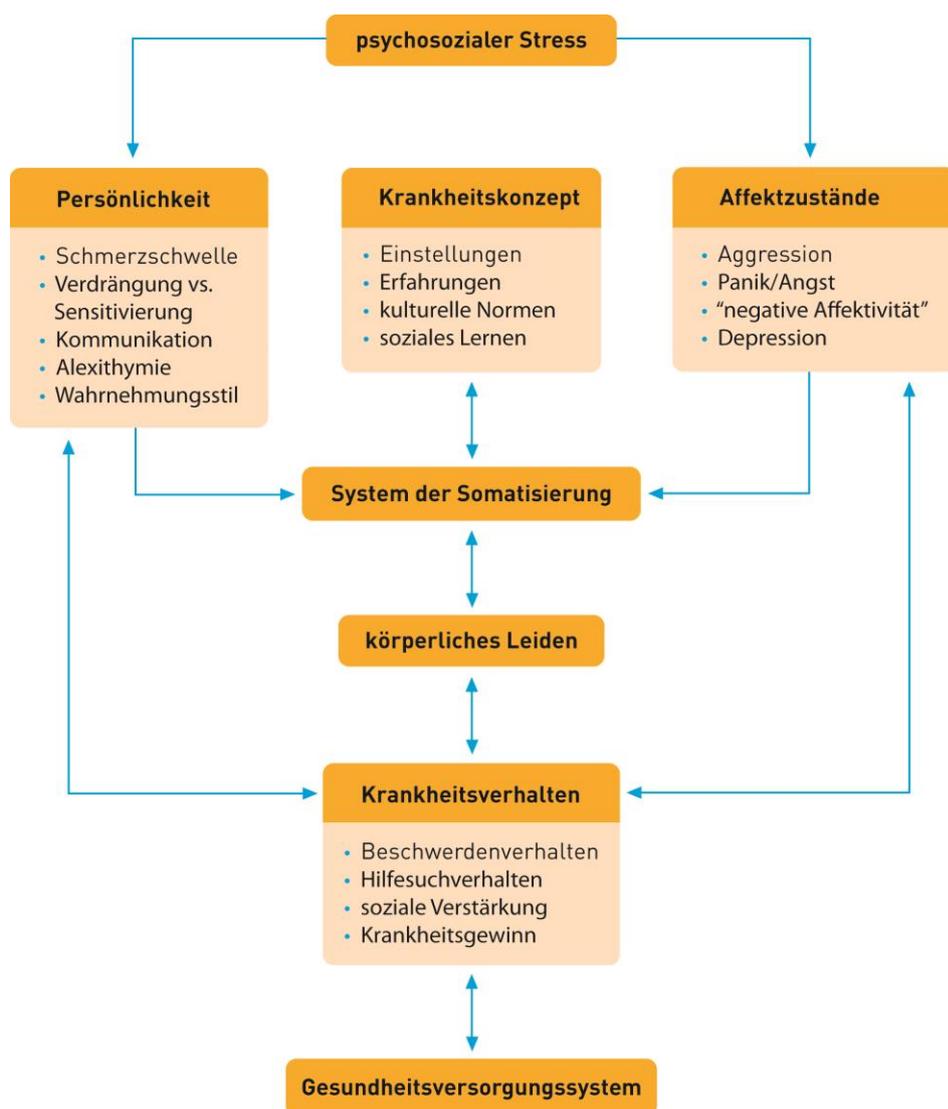


Рис. 14: Взаимосвязь понятий психосоциального стресса, личности, аффективности и болезни.

Изменено принято из: Меллер Х. Дж., Лай Г., Дейстер А, 2005 г., стр. 255

В более широком смысле, это сложный диалог между пациентом и терапевтом. Пациент убежден в своих органических жалобах. Он и его социальное окружение обычно не знают причин этого. Как уже было описано Диллингом и др., поведение пациента, направленное на поиск внимания (гистрионное), очень выражено. Пораженные реагируют чувствительно, если им не удастся убедить врача в том, что болезнь такова, как они ее видят (Dilling H, Mombour W, Schmidt M H, 2008).

Исторический

В старых концепциях диагностики и нозологических системах соматоформные расстройства имеют разные названия. Так называемая "истерика" уже была известна в Древней Греции. Термин "ипохондрия" используется для описания расстройств, подозреваемых "под ребрами". В 17 веке Сиденхэм соотнес эти два термина. Пол Брикет рассматривал истерию как полисимптоматическую болезнь в середине 19 века. В последние десятилетия для этого использовались самые разные термины, такие как "комплекс психосоматических жалоб", "психовегетативный синдром" и "вегетативная дистония", имеющие различное значение.

(Дейстер А, 2005, стр. 254)

эпидемиология

Количество новых случаев в течение года составляет 13%. Женщины пострадали на 2:1 больше, чем мужчины. Из общего числа пациентов, находящихся в больнице общего профиля, 17-30% страдают от этих расстройств, около трети из них - в отделении неврологии. Как уже объяснили Фрауэнкнехт и Брунхубер, боли в спине и голове являются наиболее распространенной формой соматоформного расстройства. У двух третей больных она проявляется как сопутствующая патология основного состояния, особенно депрессивных синдромов. Здесь следует проводить четкое различие между аффективным расстройством и соматическими симптомами, но может также иметь место и депрессивный эпизод с физическими симптомами ("ларвированная депрессия"). В то же время часто диагностируется злоупотребление психоактивными веществами/зависимость, расстройство личности, фобия или паническое расстройство.

Соматоформное расстройство часто возникает в подростковом возрасте и проявляется в третьем десятилетии жизни, но может проявиться и в любом другом возрасте. Чуть позже соматоформное болевое расстройство почти всегда возникает в возрасте от 40 до 50 лет. (Frauenknecht S, Brunnhuber S, 2008)

этиопатогенез

Предполагается, что в психоаналитических процедурах выявляются различные патогенетические факторы, например, бессознательные конфликты в языке тела. В нейробиологической модели соматоформные расстройства чаще встречаются у родственников первой степени родства.

Причины соматоформных расстройств:

- Идентификация с близкими пострадавшими людьми
- Самозащищенные личностные структуры пострадавших лиц
- Индивидуальная восприимчивость некоторых органов
- В случае перегрузки, вызванной стрессом, физическими и психическими нагрузками в течение длительного периода времени.
- Как уже описывали Фрауэнкнехт и Брунхубер, критические фазы жизни, физические заболевания или разделение часто становятся причиной соматоформных расстройств. (Frauenknecht S, Brunnhuber S, 2008)

симптоматика

Усталость воспринимается здоровыми людьми как приятная. Как говорят Тёлле и Виндгассен, истощённые люди переживают суету и напряжение, что отражается в раздражительности, испуганности, недостаточной концентрации, плохой производительности, депрессии, перепадах настроения, вялости и угрюмом настроении. Кроме того, возникает головокружение, несвободная голова, несистематическое головокружение, головная боль, стук, нарушение сна, прежде всего трудности при засыпании, беспокойный сон, дрожание перед глазами, мелкое дрожание пальцев, неприятное ощущение учащения пульса/экстрасистолей, другие жалобы сердца без органических находок, импотенция, диарея или запоры и жалобы желудка. (Tölle R, Windgassen K, 2009)

Различные симптомы соматоформных расстройств

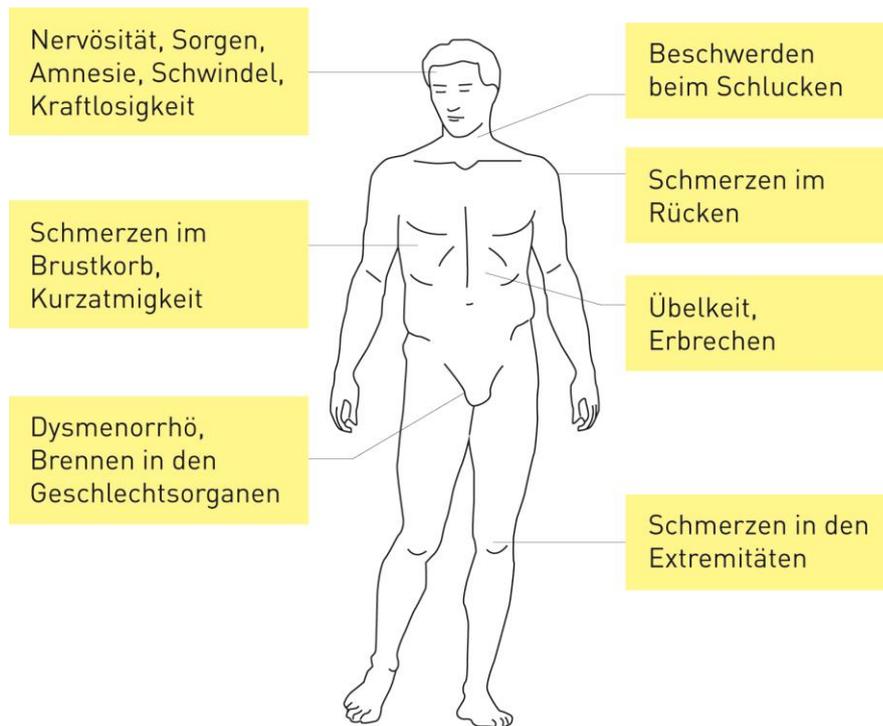


Рис. 15: Различные симптомы соматоформных расстройств

Модифицировано взято из: Меллер Х. Дж., Лау Г., Дейстер А, 2005 г., стр. 256

Соматизационное расстройство и симптомы

Соматизация расстройств и симптомов (МКБ-10 F45.0)

Дифференциальная диагностика

Тревожные и аффективные депрессивные расстройства:

Тревога и депрессия различной степени тяжести, как уже описывал Дейстер (Deister A, 2005), связаны с соматическими расстройствами. Здесь нет необходимости ставить дополнительный диагноз. Дополнительный диагноз (тревога/депрессия) должен быть поставлен только в случае постоянного состояния, которое находится на переднем плане. После 40-летнего возраста множественные физические симптомы указывают на начало депрессии.

Физические расстройства:

Как уже упоминал Дейстер, при хроническом соматизационном расстройстве можно предположить, что со временем развивается соматическое заболевание (например, ацидоз/гастрит желудка в дальнейшем приводит к язве желудка).

- Отказ пациента принять совет и страховку врачей, чтобы быть здоровым. Существующие симптомы не связаны с какими-либо физическими заболеваниями.
- Судимость за наличие одного или нескольких заболеваний, несмотря на многочисленные неудачные обследования. Изучение предположений о происхождении этого заболевания.
- Продолжительность расстройства составляет не менее полугода.
- Несмотря на незаметность органического происхождения, физические симптомы могут быть многочисленными.
- Поведение, являющееся результатом этого расстройства, влияет на социальную и семейную среду.
- Появление симптомов может относиться как к любой части тела, так и к любой системе организма. (Дейстер А, 2005)

Соматическое расстройство и симптомы после DSM-IV

Физические жалобы поступают в возрасте до 30 лет, длятся в течение многих лет и влияют на профессиональную и социальную среду.

Как уже подчеркивал Дейстер, должны быть соблюдены следующие критерии (Дейстер А, 2005)

должен был присутствовать. Важно, чтобы отдельные симптомы проявились в ходе заболевания:

- Псевдоневрологический симптом, четыре болевых симптома, поражающих четыре различные части тела.
- Кроме боли, два симптома желудочно-кишечного тракта.
- Кроме боли, сексуального симптома.

Симптомы желудочно-кишечного тракта:

Пищевая непереносимость, тошнота, рвота, понос, ощущение полноты.

Симптомы боли

Головная боль, боль при мочеиспускании, боль при половом акте и менструации, боли в суставах, груди или прямой кишке, боли в конечностях, боли в спине и животе.

Сексуальные и гинекологические симптомы

Сексуальное равнодушие, нерегулярные менструации, часто с повышенным кровотечением, более частая рвота во время беременности, нарушения эякуляции, нарушение эректильной функции.

Псевдоневрологические симптомы

Припадки, нарушение равновесия или координации, афония, клецки в горле, локализованная мышечная слабость или паралич, затрудненное глотание, задержка мочи, слепота, онемение, двойное зрение, галлюцинации, болевые ощущения или потеря чувствительности прикосновения.

Соматическое расстройство

Соматизационное расстройство (ICD-10 F45.0)

В течение многих лет наблюдались повторяющиеся и меняющиеся симптомы в результате сложного или зачастую негативного обследования в различных медицинских учреждениях. Есть также неудачные операции. Как уже описывалось Диллингом и др., наиболее часто встречаются жалобы на тошноту, отрыжку, рвоту, жвачку и боль в желудочно-кишечном тракте. Исключительные ощущения на коже проявляются в жжении, покалывании, зуде, боли, онемении и сыпи. Менструальные и сексуальные жалобы, а также тревога и депрессия также являются обычными явлениями. Симптомы протекают хронически и также влияют на социальную среду.

Пациенты становятся нетрудоспособными. Перечисленные симптомы чаще встречаются у женщин, чем у мужчин, и обычно начинаются в раннем подростковом возрасте. (Диллинг Х., Момбур У., Шмидт М. Х., 2008)

диагностический

- При наличии множественных органических жалоб в течение как минимум двух лет без медицинских заключений,
- ухудшение отношений с обществом и семьей в результате перенесенных страданий и связанного с ними поведения,
- пациент убежден, что он физически болен, отказывается признавать психические причины, часто посещают различных врачей и осматриваются.

Модель диагностики соматоформных расстройств

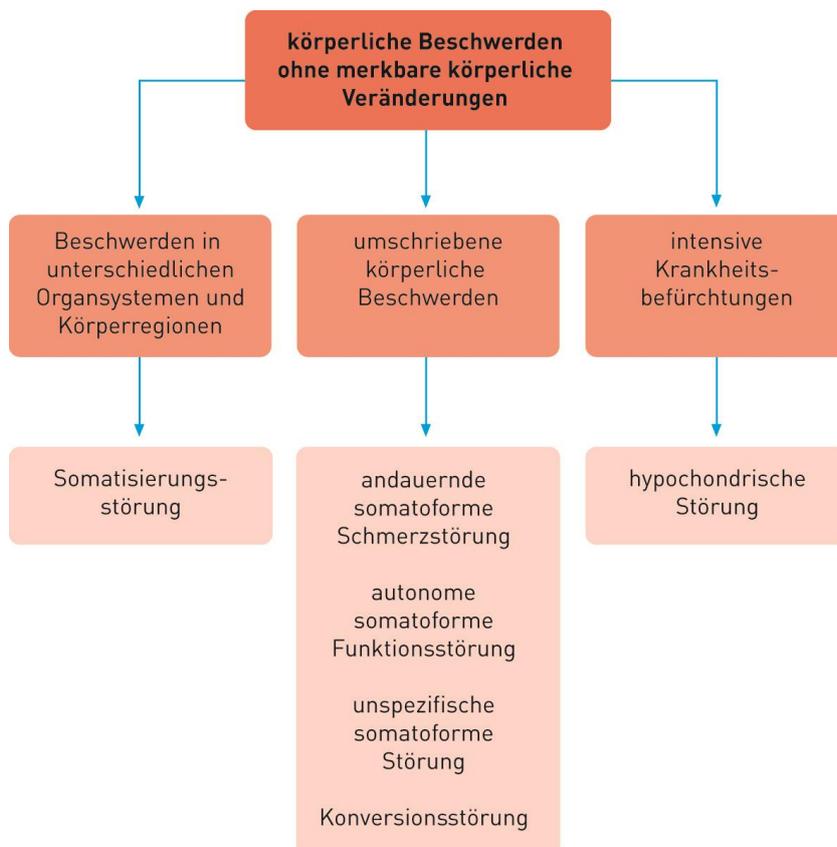


Рис. 16: Модель диагностики соматоформных расстройств. Изменено принято из: Мёллер Х. Дж., Лау Г., Дейстер А, 2005, стр. 263

Ипохондрическое расстройство

Ипохондрическое расстройство (ICD-10 F 45.2)

Дифференциальный диагноз:

Как подчеркивают Диллинг и др., индивидуальность симптомов и распознавание эффектов имеют важное значение при этом расстройстве. Следует обратить внимание на наличие серьезной психодинамической динамики и ее влияние на заболевание. Пациент придает большое значение всестороннему обследованию (Dilling H, Mombour W, Schmidt M H, 2008).

Результаты должны подтвердить подозрения пациента. Здесь выражается желание пройти курс лечения для устранения симптомов. Также наблюдается завышенное потребление медикаментов. Соблюдение во время терапии отсутствует. Пациент не доверяет назначенным препаратам и боится возможных побочных эффектов. Тем не менее, он хочет быть уверенным в частых посещениях врача (Dilling H, Mombour W, Schmidt M H, 2008).

Появление с субъективной точки зрения

Как уже описывал Дейстер, пациенты постоянно беспокоятся о возможности органического заболевания. Субъективно жалобы истолковываются как исключительно стрессовые. Пострадавшие люди чрезмерно боятся страдать от других заболеваний. Профессиональной эффективности и социальным отношениям мешает постоянная работа с жалобами. "Докторский шоппинг" - это часть модели поведения пострадавших. Постоянная смена врача является частью повседневной жизни. В конце концов, направление к психиатру воспринимается как неприятное и мучительное. (Дейстер А, 2005)

Точка зрения пациента

Пациент может более точно назвать предполагаемое заболевание (например, злокачественная опухоль, рак желудка, СПИД), и любой физический дискомфорт

подтверждает его мнение. После детального обследования эти симптомы, описанные пациентом, не подтверждаются результатами обследования.

Как уже объясняют Фрауенкнехт и Брунхубер, феномен "болезни студентов-медиков" возникает у студентов-медиков, особенно на клинической стадии. Подозреваются органические заболевания, особенно те, которые в настоящее время являются предметом исследования. Новые медицинские знания привлекают повышенное внимание к собственному телу. (Frauenknecht S, Brunnhuber S, 2008)

Диагноз Ипохондрическое расстройство

Диагностика ипохондрического расстройства (ICD-10 F 45.2)

Ипохондрическое расстройство характеризуется крайней тревогой за собственное тело и мучительными фантастическими образами. В данном случае речь идет не о ипохондриях как болезни, а о появлении синдрома.

Субъективные ощущения

Тревожное отношение касается забот о мочеполовых и половых органах, желудочно-кишечном тракте, сердце, мозге и спинном мозге. Страх и вызванные им гормоны стресса вызывают, как объясняют Тёлле и Виндгассен, дисфункцию вегетативной нервной системы. Это также приводит к усилению ипохондрического симптома (цирковой витиоз). Крайняя обеспокоенность пациента может быть связана с фактическими симптомами физического органа. Это ипохондрическое недомогание (завышение оценки) ставит под сомнение склонность пациента к фобии. Следует отметить, что у каждого человека есть ипохондрические черты. Тем не менее, ипохондрики также могут страдать от серьезного заболевания. (Tölle R, Windgassen K, 2009)

Связанные термины:

- нозофобия
- дисморфофобия

- телесное дисморфное расстройство

- ипохондрия

- ипохондрический невроз

(Диллинг Х., Момбур У., Шмидт М. Х., 2008)

Диагноз ипохондрического расстройства в соответствии с DSM-IV

- Занятия пациента своей болезнью воспринимаются всерьез, и организуются соответствующие медицинские осмотры. Результаты незаметны и подтверждаются врачом, чтобы успокоить пациента.

- Неправильное толкование физических симптомов у пациентов приводит к чрезмерному увлечению мыслью о тяжелом заболевании.

Эпидемиология

Большинство терапевтов и терапевтов (Deister A, 2005) находят нарушения в своих диагнозах, как описывает Deister.

Соматическое расстройство:

Эта вегетативная дисфункция поражает женщин чаще, чем мужчин. В больницах общего профиля доля больных составляет от 20 до 40%, у врачей общей практики - около 10%, у населения в целом - около 4%. Наиболее распространенным соматоформным расстройством является вегетативная дисфункция.

Соматоформные болевые расстройства: часто встречаются в семьях и затрагивают как мужчин, так и женщин.

Ипохондрические расстройства: в равной степени затрагивают 4-6% населения в целом, мужчин и женщин.

Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы

Соматоформная автономная дисфункция (вегетативное расстройство) (ICD-10 F45.3)

Пациенты описывают свои симптомы как чисто физические проявления. Дело, однако, в том, что, как уже описано в работе Диллинга и др., физические симптомы возникают от вегетативно (автономно) контролируемой нервной системы, сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной и дыхательной систем. Пострадает также мочеполовая система. Наиболее распространенными формами жалоб являются заболевания сердечно-сосудистой системы (невроз сердца), дыхательной системы (психогенная гипервентиляция) и желудочно-кишечного тракта (диарея и невроз желудка).

В диагностике полезно знать две группы симптомов, которые не типичны для органических симптомов.

К первой группе относятся индивидуальные, субъективные и неспецифические симптомы, такие как жжение, герметичность, тяжесть, чувство струящейся боли или раздвоения. Во второй группе проявляются симптомы, вызванные стимуляцией вегетативной нервной системы, такие как тремор, прилив, потоотделение, учащенное сердцебиение.

Эти расстройства основаны на вегетативных расстройствах. С точки зрения пациента, виновата болезнь одного органа. Пострадавших пациентов часто можно обвинить в психологическом стрессе с проблемами и трудностями. (Диллинг Х., Момбур У., Шмидт М. Х., 2008)

диагностический

Для того чтобы поставить точный диагноз, все эти критерии должны быть выполнены, как подчеркивают Диллинг и др:

- Никаких признаков дисфункции органа или дисфункции.
- Субъективное ощущение болезни связано только с одним конкретным органом.
- Патологическая приверженность пациента к идее органического заболевания, быть здоровым, несмотря на наличие страховки у врача.
- Постоянные эффекты вегетативной стимуляции, такие как смыв, потоотделение, учащенное сердцебиение и дрожь. (Диллинг Х., Момбур У., Шмидт М. Х., 2008)

Терапия

Психотерапия, особенно когнитивно-поведенческие подходы, особенно эффективна при лечении дисморфных и ипохондрических расстройств организма. Для других

Этот вид лечения оказывает меньшее влияние на расстройства. Положительный эффект наблюдается при желудочно-кишечных и соматоформных болевых расстройствах.

Элементы когнитивно-поведенческой психотерапии / специфическая терапевтическая программа:

Построение отношений:

Как уже подчеркивают фрауенкнехт и Брунхубер, важно, чтобы пациент описал свои жалобы, а терапевт внимательно выслушал, выразил свою признательность и проявил особое отношение. (Frauenknecht S, Brunnhuber S, 2008)

Мотивация к терапии

Психотерапевтические подходы объясняют пациенту последствия (например, расслабление мышц по словам Джейкобсона для облегчения боли, важное значение имеет также снижение стресса). Согласование целей вместе.

Преодоление симптомов

Обучение техникам релаксации (например, прогрессирующей мышечной релаксации), отвлечение внимания с помощью этих упражнений, ведение дневника симптомов к самонаблюдению симптомов.

Разработка общей модели заболевания

Принятие страданий пострадавшего лица путем вмешательства (например, методы биологической обратной связи, поведенческие эксперименты, объяснение связей между психикой и телом с помощью научных методов).

Анализ и изменение дисфункциональных мыслей

вести учет дисфункциональных убеждений, связанных с болезнью.

Сокращение социальной замкнутости и вредного поведения:

Пациента следует поощрять к тому, чтобы он нашел для себя значимые занятия и вновь поддерживал социальные отношения, занимался спортом и постепенно брал на себя ответственность как дома, так и на работе.

Снижение стресса и мотивации к наслаждению жизнью:

Обучение стратегиям решения проблем, выстраивание хобби, стратегии управления стрессом.

Органические медицинские вмешательства и снижение взаимодействия, связанного с заболеванием.

Поручить пациенту обсудить частоту и тип соматических вмешательств. Целью данной меры является полное воздержание от перестрахования.

Сократить злоупотребление наркотиками

Информировать пациента о побочных эффектах медикаментов и указать на опасность зависимости (например, длительное применение парацетамола при головной боли приводит к парадоксальному эффекту).

(Frauenknecht S, Brunnhuber S, 2008)

Практические советы по психосоматическому лечению

- Соблюдение функциональных нарушений
- Избегание ненужных исследований
- Принятие жалоб пациента к рассмотрению
- Точные терапевтические мишени с формулировкой подцелей

- Избегайте слишком раннего знакомства пациента с моделями психологических расстройств.
- Сотрудничество и обмен информацией с семейным врачом и терапевтами других специальностей.
- Важно: Мотивация к терапии

фармакология

Как уже было описано Фрауэнкнехтом и Брунхубером, для медикаментозного лечения соматоформных расстройств имеется лишь несколько подтвержденных результатов.

- Ингибиторы повторного поглощения серотонина при дисморфных и ипохондрических расстройствах организма оказывают эффективное действие.
- Опирамол (трициклический пиперазинил производный, анксиолитик) в лечении соматоформных автономных расстройств и соматизационных расстройств.
- Низкие дозы трициклических антидепрессантов (амитриптилин 10-75 мг) при лечении соматоформного болевого синдрома. Нейролептики и препараты бензодиазепина следует избегать из-за их побочных эффектов (внепирамидальные симптомы двигательной активности, развитие зависимости) (Frauenknecht S, Brunnhuber S, 2008).

прогнозирование

Соматоформные расстройства обычно протекают хронически. Спонтанные ремиссии происходят редко. Картина расстройств в социальной/профессиональной и физической сферах сильно различается в зависимости от конкретного случая.

Неблагоприятный прогноз:

Негативное влияние оказывают следующие факторы: высокий прирост вторичных заболеваний, прилипание к убеждению в органическом выздоровлении, отсутствие симптомов в связи со стрессовыми или пугающими событиями.

(Frauenknecht S, Brunnhuber S, 2008)

Благоприятный прогноз:

С психоаналитической и поведенческой точки зрения, по словам Эрмана, шансы на долговременное улучшение имеют 65% пациентов.

От этого зависят результаты:

- появление вторичной переработки
- Чем раньше начнется терапия, тем выше шансы на выздоровление (Ermann M, 2004).

С психоаналитической точки зрения

Аналитические процедуры имеют различные формы:

- Устраняются конфликты, устраняется вызывающее давление, иногда используются психотропные вещества в сочетании с творческими методами.
- Аналитическая групповая терапия может дать хорошие результаты, потому что социальные конфликты и нарциссические черты внутри группы могут быть успешно преодолены.
- Для усиления мотивации к лечению рекомендуется пребывание в стационаре.
- Мотивация пациентов на анализ неизбежна для того, чтобы достичь бессознательного, так как все причины нарушения подавляются, начиная с его возникновения. В ходе этого процесса пациент распознает свои бессознательные части тела и принимает свою проблему и страдания.
- Пациент должен получать не только внимание и уход со стороны своих родственников. Успокаивающее поведение и сострадание к пациенту, а также удовлетворение невротических потребностей поддерживают и укрепляют их синдромы.
- Семейная терапия должна быть рассмотрена до начала фактического лечения. (Ermann M, 2004)
- Лично я уверен, что признание и принятие страданий - это путь к исцелению.

С поведенческой терапевтической точки зрения

На физиологическом уровне существует множество применений, о чем уже упоминал Эрманн (Ermann M, 2004):

- Биологическая обратная связь и перегрузка сенсоров, релаксационные упражнения, систематическая десенсибилизация и когнитивная реструктуризация и т.д.

Процессы тактильного восприятия при соматоформных расстройствах

Катцер А., Оберфельд Д., Хиллер В., Герлах А. и Виттофт М. из Йоханнес Гутенбергского университета Майнца и Кельнского университета в своем совместном исследовании (2011) показывают связь между процессами тактильного восприятия с соматоформными нарушениями.

Обследовано 32 здоровых и 33 участника с соматоформными расстройствами. Цель исследования заключалась в определении того, является ли порог восприятия у лиц с соматоформными расстройствами ниже, чем у здоровых людей. Основное внимание в исследовании было уделено ощущению прикосновения обследуемых лиц, а именно времени реакции на раздражитель кончиками пальцев. Дополнительный визуальный стимул был дан в контрольной группе.

Световые стимулы улучшают ощущение прикосновения обеих групп. Такой результат был достигнут во второй половине тестового периода. В группе пациентов были выявлены эффекты тактильного восприятия и, в частности, псевдоневрологические симптомы. При измерении группы с соматоформными расстройствами значимость снижается при $r=0,86$. Значение соматоформных расстройств также снижается при $r=0,86$. По сравнению со здоровой группой, восприятие было положительно подтверждено. В группе с соматоформными расстройствами на распределение симптомов влияют когнитивные модели (Katzer A, Oberfeld D, Hiller W, Gerlach A L, Witthöft M, 2012).

Профессор доктор Андравис