

**ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр  
психиатрии и наркологии» Минздрава России**

Пережогин Л. О.

**СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА.  
ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА.**

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

**Москва - 2015**

## **Оглавление.**

Сокращения	стр. 2
Общие положения	стр. 3
Уровни доказательности	стр. 3
Определение	стр. 4
МКБ-шифры	стр. 4
Эпидемиология	стр. 5
Этиология, патогенез	стр. 5
Классификация	стр. 8
Диагностика	стр. 11
Дифференциальная диагностика	стр. 15
Абилитация	стр. 17
Психофармакотерапия	стр. 17
Немедикаментозная коррекция и психологическая помощь	стр. 18
Межведомственное взаимодействие	стр. 19
Прогноз	стр. 20
Литература	стр. 21

## **Сокращения.**

ВОЗ (WHO) – Всемирная организация здравоохранения  
МЗ РФ – Министерство здравоохранения Российской Федерации  
НЛП – нейролингвистическое программирование  
ПНД – психоневрологический диспенсер  
СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина  
СМИ – средства массовой информации  
АРА (АПА) – Американская психиатрическая ассоциация  
DSM-V (ДСМ-5) – Руководство по диагностике и статистике психических расстройств Американской психиатрической ассоциации

ICD-X (МКБ-10) – Международная классификация болезней, травм и причин смерти 10 пересмотра

TAS (ТША) – Торонтская шкала алекситимии

### **Общие положения.**

Клинические рекомендации определяют основные правила ведения больных с соматоформными расстройствами в процессе оказания психиатрической помощи в соответствии с принципами доказательной медицины. Подразумевается, что помощь оказывается комплексно, на основании междисциплинарного и межведомственного взаимодействия специалистов.

Актуальность разработки клинических рекомендаций продиктована ростом невротических расстройств во всем мире во всех возрастных группах, обращением пациентов с соматоформными расстройствами к специалистам общей практики, с низким результатом от медицинской помощи.

Поэтому авторы выражают надежду, что настоящие клинические рекомендации восполнят знания различных специалистов, работающих с пациентами с соматоформными расстройствами.

### **Уровни доказательности.**

При подготовке клинических рекомендаций авторы руководствовались Международной классификацией болезней, травм и причин смерти 10 пересмотра (ВОЗ, 1994; Вариант, адаптированный для применения в РФ, МЗ РФ, 1998), действующим законодательством России.

Подготовка рекомендаций велась с опорой на следующие принципы доказательной медицины:

**Полнота** – т.е. максимальное использование имеющейся в распоряжении авторов научной информации.

**Достоверность** – использование только источников информации, обладающих признаками научной обоснованности.

**Объективность** – учет всех научно-обоснованных взглядов, мнений, гипотез, использование логически обоснованных методов предварительной оценки информации.

**Воспроизводимость результата** – возможность любого исследователя прийти к схожим выводам на основе одинаковых исходных данных и сходных методов исследования.

Клинические рекомендации составлены на основе анализа литературы, опубликованной в отечественных и зарубежных научных источниках и собственного клинического опыта авторов.

## **Определение.**

**Соматоформные расстройства** – группа психических расстройств невротической природы, отличительным признаком которых являются многочисленные признаки соматических заболеваний, не подтверждающиеся объективными клиническими исследованиями. Лица, страдающие соматоформными расстройствами склонны требовать все новых и новых обследований. Они, как правило, сами стараются изучить болезни, которые сопровождаются сходными с переживаемыми ими симптомами и не доверяют врачам. Часто соматоформные расстройства сопровождаются тревогой и симптомами депрессии. Традиционно эти состояния рассматривались как проявления истерии (синдром Брике, описан в 1850-е годы); многие пациенты действительно склонны к истерической демонстрации своего страдания с целью (часто неосознанной) привлечения внимания окружающих.

## **МКБ-шифры: F 45. Соматоформные расстройства.**

**Включаются** – соматизированное расстройство (F 45.0), недифференцированное соматоформное расстройство (F 45.1), ипохондрическое (небредовое) расстройство (F 45.2), соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы («органные неврозы») (F 45.3), устойчивое соматоформное болевое

расстройство (F 45.4), другие соматоформные расстройства (F 45.8), соматоформное расстройство неуточненное (F 45.9).

**К соматоформным расстройствам не относятся:** конверсионные (диссоциативные) расстройства (F 44.-), нарушения речи по типу лепета и сюсюкания (F 80.0), кусание ногтей и сосание пальца и другие сходные состояния (F 98.8), тики (F 95.-), сексуальная дисфункция, не обусловленная органическими нарушениями или болезнями (F 52.-), а также психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицируемыми в других рубриках (F 54), в том числе, наблюдаемые при бронхиальной астме (J 45.-), язве желудка (K 25.-), язвенном колите (K 54.-) или дерматитах (L 23.-... L 25.-).

### **Эпидемиология.**

По данным Американской психиатрической ассоциации (АРА, 2004) распространенность соматоформных расстройств составляет около 1% населения, женщины болеют значительно чаще мужчин, заболевание более распространено среди бедных и малообразованных слоев населения. По данным ВОЗ не менее 25% пациентов общесоматических клиник обнаруживают соматоформные расстройства. Начало болезни приходится, как правило, на молодой возраст (между 15 и 25 годами), однако болеют люди всех возрастов, включая маленьких детей и стариков.

### **Этиология, патогенез.**

**Единой этиопатогенетической концепции соматоформных расстройств нет.** Это связано отчасти с отсутствием строгих научных концепций, описывающих процесс соматизации (т.е. по сути – «процесс вовлечения соматических (вегетативных, обменных, нейроэндокринных, иммунных, трофических) функций (дисфункций) в ту или иную психическую патологию и в психические реакции на грани нормы и патологии» (Краснов В. Н., 2011)), а отчасти – в связи с их клинической неоднородностью. Соматизация, как процесс,

ограничена с одной стороны, аффективными состояниями (соматические маски депрессий, вегетативно-соматические дисфункции), а с другой – соматическими заболеваниями, тесно связанными с психогениями, и собственно, психосоматическими расстройствами.

**Основные этиологические концепции сегодня представлены следующими направлениями:**

**Генетические.** Имеются данные о высокой конкордантности (до 30%) соматоформных расстройств у монозиготных близнецов, однако они получены на малых выборках (Torgersen S., 1986). В большинстве случаев исследователи сходятся в том, что существуют только косвенные свидетельства влияния генетических факторов, причем выражены они в значительно меньшей степени, чем у других психических расстройств, в том числе – шизофрении (Guse S. B., 1993).

**Биологические.** Получены многочисленные свидетельства гормональных изменений при соматоформных расстройствах, особенно широкую известность получили данные об утреннем повышении уровня кортизола (Rief W., 1996). Много данных подтверждает снижение (в отличие от депрессий) противовоспалительных факторов иммунитета (Rief W. et al., 2001). Установлена связь соматизированных расстройств с дефицитом функциональных процессов в доминантном полушарии (Flor-Henry P. et al., 1981) и значимые различия со здоровыми субъектами в показателях регистрации правополушарных вызванных потенциалов (Wittling W. et al., 1993). По общему мнению, можно предположительно говорить о повышенном психофизиологическом уровне активности, что обуславливает искаженную интерпретацию мозгом нормальных соматических сигналов и их ошибочную идентификацию в качестве болезненных (Hanback J. V., Reville W., 1978). Точные механизмы этого процесса неизвестны.

**Средовые.** Описаны семейные случаи соматизированного расстройства. Опыт многих специалистов показывает, что родители детей с явлениями соматизации сами часто сверх меры озабочены здоровьем, а дети, у которых в

дальнейшем появились соматоформные расстройства, значительно чаще сверстников посещали врачей с профилактическими целями (Levingston R. et al., 1995). В англоязычной литературе для описания этого феномена широко применяется термин «abnormal illness behavior». Пациенты с соматизированным расстройством демонстрируют особый склад личности, склонной даже в минимальных недомоганиях видеть признаки грозной болезни. Они склонны считать себя физически ослабленными, «беречь силы» и здоровье, очень тяжело (в эмоциональном плане) переносят боль и усталость. Есть много данных, подтверждающих значение стрессовых факторов для формирования соматизации. Описаны высокие показатели распространенности соматизированных расстройств у жертв насилия и участников боевых действий (Saxe G. N. et al., 1993).

**Личностные.** Традиционно феномен соматизации рассматривался с позиций учения об истерии, что нашло отражение в многочисленных теориях психоаналитического толка. Вторым традиционным (психиатрическим) взглядом на соматизацию был и остается взгляд с позиции «маскированной депрессии», хотя давно известно, что и соматизация и депрессия могут возникать независимо друг от друга. Сегодня среди личностных теорий выделяется концепция алекситимии, как особенности личности, подразумевающая затруднение в определении и описании собственных эмоций и эмоций окружающих в сочетании с трудностями в дифференцировании телесных ощущений наряду с конкретностью, логическим утилитарным мышлением и фиксированностью на внешних событиях в ущерб внутренним переживаниям. Для оценки алекситимии создана специальная шкала (Торонтская шкала алекситимии, TAS). В последние годы все чаще звучит мнение, что алекситимия – неспецифический фактор риска невротических расстройств (Vingerhoets A. et al, 1995). Альтернативой теории алекситимии стала теория «большой пятерки» (экстравертированность, доброжелательность, добросовестность, открытость опыту, эмоциональность). Бытует мнение, что эти качества обуславливают поведение,

направленное на поиск помощи (Kirmayer L. J. et al., 1994), и как следствие, ведут к соматизации.

**Интегративные.** При наличии множества концепций и теорий рано или поздно возникают попытки объединить их данные в рамках одного направления. Таковым является «патогенетический круг» В. Рифа, предполагающего, что в основе соматоформного расстройства лежит усиленное восприятие неприятных физических ощущений, что ведет к фокусированию на них внимания и повышению возбуждения; это позволяет субъективно оценивать ощущения как болезненные и обуславливает щадящее и уклоняющееся поведение, снова стимулирующее восприятие негативных ощущений (эффект маховика). Наиболее детально проработанной универсальной интегративной концепцией невротических расстройств является гипотеза Ю. А. Александровского (1993) о «барьере психической адаптации» как о балансе психопротективных и психотравмирующих факторов.

## **Классификация.**

Соматоформные расстройства представлены и в МКБ-10 и в ее американском аналоге – DSM-V. В тоже время состав двух схожих диагностических групп в двух доминирующих международных классификациях не идентичен.

### **В МКБ-10 выделяются:**

- **Соматизированное расстройство (F 45.0).**

Включается синдром множественных жалоб, множественное психосоматическое расстройство. Исключается симуляция болезни.

- **Недифференцированное соматоформное расстройство (F 45.1).**

Включается недифференцированное психосоматическое расстройство.

- **Ипохондрическое (небредовое) расстройство (F 45.2).**

Включается ипохондрия, нозофобия, ипохондрический невроз, дисморфофобия небредовая, расстройство в форме озабоченности собственным здоровьем. Исключается бредовая дисморфофобия (F 22.88), «ипохон-

дрия здоровья» (F 43.8), персекуторная ипохондрия (F 23.8), бред, фиксированный на функционировании или внешнем виде своего тела (F 22.88).

- **Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы (F 45.3).**

Включается кардиальный невроз, гастроневроз, нейроциркуляторная астенция, психогенные формы аэрофагии, кашля, диареи, диспепсии, дизурии, метеоризма, икоты, мочеиспускания, раздраженного кишечника, пилороспазма и др. Исключаются психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицируемыми в других рубриках (F 54), в том числе, наблюдаемые при бронхиальной астме (J 45.-), язве желудка (K 25.-), язвенном колите (K 54.-) или дерматитах (L 23.-... L 25.-).

Для выделения отдельных расстройств этой группы используется пятый знак: F 45.30 – соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы сердца и сердечно-сосудистой системы; F 45.31 - соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы верхней части желудочно-кишечного тракта; F 45.32 - соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы нижней части желудочно-кишечного тракта; F 45.33 - соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы органов дыхания; F 45.34 - соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы мочеполовых органов; F 45.38 - соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы других органов.

- **Устойчивое соматоформное болевое расстройство (F 45.4).**

Включается психалгия, психогенная боль в спине, психогенная головная боль, соматоформное болевое расстройство. Исключается боль острая (R 52.0), боль неустранимая (R 52.1), боль хроническая (R 52.2), головная боль напряжения (G 44.2).

- **Другие соматоформные расстройства (F 45.8).**

Включается globulus hystericus, психогенная кривошея и другие спазмодические движения, психогенный зуд, психогенная дисменорея, бруксизм.

- **Соматоформное расстройство неуточненное (F 45.9).**

Включается неуточненное психофизиологическое расстройство, психосоматическое расстройство БДУ.

**В DSM-V выделяются:**

- **Соматизированное расстройство (300.81)**
- **Недифференцированное соматоформное расстройство (300.82)**
- **Конверсионное расстройство (300.11)**
- **Болевое расстройство (307.8x)**
- **Ипохондрия (300.7)**
- **Дисморфофобическое расстройство (300.7)**
- **Соматоформное расстройство неуточненное (300.81)**

Конверсионные расстройства по МКБ-10 выделены в другую диагностическую рубрику (F 44).

Наличие одинаковых по названию диагностических рубрик не подразумевает единых клинических критериев. Для сравнения возьмем критерии соматизированного расстройства:

**В МКБ-10 это:**

- Наличие в течение не менее 2 лет множественных и переменных соматических симптомов, которым не было найдено адекватного соматического объяснения;

- Постоянное неверие различным врачам, которые пытались разубедить пациента в существовании органической причины его симптомов и отказ следовать их советам;

- Некоторая часть нарушения социального и семейного функционирования может быть отнесена на счет природы симптомов и обусловленного ими поведения.

**В DSM-V это:**

- Многочисленные предшествующие соматические нарушения в анамнезе, начавшиеся до 30 лет и продолжающиеся много лет. Это приводило к попыткам лечения и значительным нарушениям качества жизни в социальной, профессиональной и других сферах;

- Необходимо соблюдение каждого из критериев:

А) Минимум 4 болевых симптома;

Б) Минимум 2 желудочно-кишечных симптома;

В) Минимум 1 симптом сексуального характера;

Г) Минимум 1 псевдоневрологический симптом.

- Симптомы не могут быть целиком объяснены соматическим заболеванием, а также обусловлены влиянием лекарственных препаратов или наркотиков, или же степень ущерба в социальной или профессиональной сфере выходит за рамки того, что может быть обусловлено соматическим заболеванием;

- Симптомы не вызываются намеренно.

Таким образом, в DSM-V в данной рубрике - это самое тяжелое состояние, объединяющее симптомы соматоформных и конверсионных расстройств.

Несмотря на сходство взглядов на проблему соматоформных расстройств, две крупнейшие мировые классификации наглядно демонстрируют, что общей классификации и интегративных взглядов на данные состояния нет.

## **Диагностика.**

**В качестве общего признака группы соматоформных расстройств** принято рассматривать возникновение симптомов, напоминающих клинические проявления физического недомогания, для которых не удается выявить реальной соматической причины. Вопреки очевидной психической природе симптомов пациенты продолжают упорно посещать врачей-интернистов, сопротивляясь психиатрическому и психотерапевтическому вмешательству.

**МКБ-10 в качестве основного признака соматизированного расстройства** выделяет наличие множественных стойких, рецидивирующих и

трансформирующихся соматических симптомов, которые имитируют симптомы реальных соматических патологических состояний, по поводу которых пациенты обращаются за помощью к докторам-интернистам. В результате длительных обследований не удается диагностировать соматическое заболевание. В тоже время ряд данных позволяет предполагать, что значительное число пациентов с клиникой соматических расстройств получают совершенно не показанное им медикаментозное и даже хирургическое лечение. Часто в пользу соматизированного расстройства говорит сочетание соматических симптомов с тревогой и депрессией, рецидивирующее затяжное течение, значительно более выраженное, чем при реальном соматическом страдании, нарушение социальной адаптации, зависимость от медикаментов, в том числе от тех, которые по своей химической природе не вызывают привыкания (в частности, слабительные средства). Детский возраст затрудняет диагностику соматизированного расстройства.

**Диагностические критерии соматизированного расстройства по МКБ-10 включают:**

- наличие в течение не менее 2 лет множественных и переменных соматических симптомов, которым не было найдено адекватного соматического объяснения;

- постоянное неверие различным врачам, которые пытались разубедить пациента в существовании органической причины его симптомов и отказ следовать их советам;

- некоторая часть нарушения социального и семейного функционирования может быть отнесена на счет природы симптомов и обусловленного ими поведения.

**Соматизированное расстройство** проявляется множественными, длительно персистирующими или сменяющимися друг друга симптомами, в некоторой степени (иногда очень достоверно) напоминающими симптомы соматической патологии. По мере роста осведомленности пациента о симптомах соматических заболеваний их проявления у него могут меняться, все больше и

больше соответствуя его представлениям. Наиболее распространены нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы (боли в грудной клетке с иррадиацией или без нее, сердцебиение, одышка, колебания артериального давления) и желудочно-кишечного тракта (боли в животе, тошнота и рвота, метеоризм, поносы и запоры). Кроме того, встречаются неясного происхождения и нечеткой локализации боли – в ногах и в руках, в спине, в области шеи. Традиционно к соматизированному расстройству относили и проявления конверсионных расстройств, но сегодня они выделены в особую группу.

Категория **недифференцированного соматоформного расстройства** используется в случаях, когда предъявляемые симптомы носят длительный, нестойкий, множественный характер, однако полная клиническая картина соматизированного расстройства не формируется.

При **ипохондрическом расстройстве** в качестве ведущего симптомокомплекса МКБ-10 обозначает поведение, направленное на подтверждение у себя одного (реже – нескольких) тяжелых соматических расстройств. Больные то и дело предъявляют жалобы, часто в качестве жалоб они приподносят самые обычные ощущения, которые воспринимаются ими как болезненные, неприятные, вызывают у них опасение за свое здоровье.

**Диагностические критерии ипохондрического расстройства по МКБ-10** включают:

- присутствие постоянных идей о существовании одного или нескольких тяжелых соматических заболеваний, обуславливающих имеющийся симптом или симптомы, или фиксация на предполагаемом уродстве, причем данная идея сохраняется, вопреки тому, что не обнаружено адекватное соматическое объяснение соответствующим жалобам

- постоянное неверие врачам разных специальностей, пытающимся убедить пациента в отсутствии у него соматической болезни, обуславливающей предъявляемые симптомы.

**Ипохондрическое расстройство** встречается реже соматизированного. Главным отличием этого состояния является убежденность в наличии определенного заболевания. Больные охотно изучают медицинскую литературу, могут знать нюансы клинической и инструментальной диагностики. Их не столько беспокоит наличие симптомов, сколько само подозрение на наличие смертельной или очень опасной болезни.

**Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы** – группа состояний, прежде объединяемых термином «органные неврозы». В основном жалобы больных происходят из области сердца, дыхательной системы, желудка и кишечника. Симптомы носят двойственный характер: во-первых, они многие из них реальны, и их характер четко указывает на вегетативное происхождение (сердцебиение, дрожь, одышка, потоотделение, побледнение, икота); во-вторых, встречаются симптомы, связанные с неспецифическими и нестойкими ощущениями в одном из органов (не всегда в области его реальной локализации) – боли, тяжесть, вздутие или растяжение. При этом наличие реальных симптомов (вздутие живота, икота, ноющие боли в груди и др.) не ведут к серьезному нарушению функционирования. Попытки отыскать психотравмирующий провоцирующий фактор болезни не всегда заканчиваются успехом.

**Диагностические критерии соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы по МКБ-10 включают:**

- симптомы вегетативного возбуждения (сердцебиение, потение, тремор, покраснение) которые имеют хронический характер и причиняют беспокойство;
- наличие дополнительных субъективных симптомов, которые относятся к определенному органу или системе;
- озабоченность больного по поводу возможного серьезного, но как правило, неопределенного, заболевания этого органа или системы, причем повторные объяснения и разуверения врачей остаются бесплодными;

- данных за существенное структурное или функциональное расстройство данного органа или системы нет.

Для диагностики должны соблюдаться все критерии.

**Устойчивое соматоформное болевое расстройство** – состояние, сопровождающееся мучительной, длительной, физически и психически труднопереносимой болью, которая не имеет физиологических объяснений и не является следствием соматической болезни, но часто сочетается с психосоциальными проблемами, конфликтами, и позволяет пациенту получать вторичную выгоду в виде повышенного внимания со стороны родственников и врачей.

**Другие соматоформные расстройства** – смешанная рубрика, в рамках которой диагностируются расстройства, жалобы при которых не связаны с вегетативными проявлениями и не ограничены определенным органом или системой. С другой стороны, они не являются множественными и легко трансформируемыми, как при соматизированном расстройстве. К расстройствам данной группы традиционно относят globulus hystericus, бруксизм, психогенную кривошею, психогенную дисменорею и прочие подобные состояния.

### **Дифференциальная диагностика.**

Особенно сложной и необходимой является дифференциальная диагностика от **ипохондрического бреда**. В случае бредовых идей последние отличаются чрезвычайной стойкостью, не доступны коррекции путем логической аргументации, идеи носят причудливый характер и ограничены своим числом, симптомы не отличаются вариабельностью и «летучестью», часто базируются на переживаниях сенестопатической природы, отличающихся особенной мучительностью и вычурностью переживаемых ощущений. Часто пациенты переживают образные ощущения, содержание которых не может передаваться иначе, как через сравнение нелепого характера (в желудке перекачивается клубок, под кожей шевелятся букашки). Общий психический статус больных с бредом ипохондрического содержания выдает, как правило, течение хронического психического расстройства.

Следует отметить, что хотя соматизированное расстройство и ипохондрическое расстройство включены в одну группу, характер поведения больных в этих состояниях существенным образом различается. Ипохондрические больные предполагают наличие у себя тяжелого, часто смертельного недуга и их усилия направлены на то, чтобы подтвердить свои опасения, в то время как пациенты с соматизированным расстройством, посещая врачей и требуя обследований, желают избавиться от своих многочисленных симптомов, осложняющих их жизнь.

Для **соматизированного расстройства** и других соматоформных расстройств актуальна дифференциальная диагностика с реальными соматическими расстройствами. В пользу реальной патологии в большей степени свидетельствуют данные инструментальных методов исследования, поскольку у больных с соматизированным расстройством по мере их ознакомления с медицинской литературой симптомы становятся все более похожими на реальные. Важно отметить, что при возникновении реального соматического заболевания ипохондрические жалобы таких больных отступают на второй план и поведение становится более адекватным.

Часто приходится дифференцировать **соматизированное расстройство с депрессией** (тем более, что эти состояния часто являются коморбидными). Определяющими в данном случае будет тяжесть течения аффективного расстройства со снижением моторной и идеаторной активности (не характерно для соматоформных расстройств), смещение жалоб в витальную плоскость, появление указаний на стойкий аффект тоски, грусти, появление идей собственной беспомощности, ненужности, вины, и тем более – суицидальных мыслей.

При дифференциальном диагнозе с тревогой, в том числе с **генерализованным тревожным расстройством**, следует опираться на преобладание вегетативной симптоматики, преимущественно связанной с определенной локализацией (сердце, желудочно-кишечный тракт), в то время как для тревожного расстройства характерны вегетативные проявления, общие для тревоги и

страха (побледнение кожи, потоотделение, сердцебиение, дрожь, мышечная слабость).

### **Абилитация.**

Терапия больных соматоформными расстройствами предполагает единый терапевтический и профилактический подход. Лечение должно носить комплексный характер и воздействовать на патогенетические механизмы развития, на коморбидные психические, неврологические и соматические расстройства, на стимуляцию личностных, психологических ресурсов больных. Основные принципы терапии подразумевают индивидуальный подход, учитывающий данные об этиологии и клинических особенностях заболевания, комплексное использование медикаментозных и немедикаментозных методов терапии, использование полипрофессиональных групп специалистов с преобладанием врачей клинического психотерапевтического профиля.

### **Психофармакотерапия.**

Начало психофармакотерапии при соматоформных расстройствах возможно только при уверенности в отсутствии реального соматического заболевания, что подтверждается данными от специалистов-интернистов, подробно обследовавших больного. Большинство специалистов сходятся в том, что эмпирическая основа для фармакотерапии довольно слабая (Volz H. P. et al., 1994). Несмотря на это, в современных клинических руководствах по психофармакотерапии (Александровский Ю. А., 2009; Краснов В. Н., 2010) рекомендуется использовать **анксиолитики** – кратковременными или прерывистыми курсами (алпразолам в средних суточных дозах 1-2 мг., буспирон в средних суточных дозах 20-30 мг., феназепам в дозе 2-3 мг. В сутки, реже – клоназепам по 4-8 мг. в сутки), **антидепрессанты** – в комбинации с анксиолитиками, адrenoблокаторами или в качестве монотерапии (флувоксамин, суточная доза 100-200 мг., тразодон, суточная доза 150 мг., amitриптилин, суточная доза до

100-150 мг.), причем особенное место отводится СИОЗС. Встречаются рекомендации по применению **нейролептиков**, особенно при тревоге с ажитацией, при неэффективности анксиолитиков – тиоридазин, суточные дозы 75-200 мг., хлорпротиксен, как правило, перед сном, 100-200 мг., сульпирид – суточная доза 100-200 мг. При хроническом и рецидивирующем течении рекомендуют использовать **карбамазепин**. В качестве дополнительных средств показано применение **ноотропных препаратов** в средних терапевтических дозах.

Комбинации препаратов и дозировка подбираются индивидуально, в значительной мере с оглядкой на коморбидную симптоматику. Для выбора терапии в значительной степени ориентируются на длительность и выраженность расстройства, результаты предшествующего лечения, личностные особенности пациента, его общественный, социальный, культурный, профессиональный статус, характер и степень дезадаптации в связи с соматоформным расстройством.

### **Немедикаментозная коррекция и психологическая помощь.**

Основой терапии соматоформных расстройств является психотерапия. Используются самые различные психотерапевтические подходы, включая когнитивно-поведенческие, клинические с использованием методов релаксации, самостоятельно достигаемых и индуцированных трансовых состояний (аутогенная тренировка, гипнотерапия). Допустимы и другие методы психотерапевтического вмешательства.

**В целом принципы психотерапевтического вмешательства следующие:**

**Терапия, направленная на осознание соматических сигналов.** К таким видам терапии относится, например, прогрессивная мышечная релаксация и аутогенная тренировка. Хорошо помогают приемы диссоциации соматических переживаний, например, в правой и левой половине тела. Широко используются дыхательные упражнения и упражнения с направленной концентрацией внимания.

**Использование методов терапии, позволяющих рационально воспринимать и вербально описывать внутренние ощущения.** Оптимальным видом терапии в данном случае (особенно при спастических компонентах соматоформного расстройства) является аутогенная тренировка 1 степени. В качестве более глубокого и технически более сложного способа можно использовать аутогенную нейтрализацию по В. Лутэ. Ряду пациентов с высоким интеллектом показана рациональная терапия.

**Суггестивные методы терапии,** прежде всего, использование классического гипноза. Гипнотерапия больных с соматоформными расстройствами является высокоэффективным методом. В ряде случаев гипнотерапия хорошо помогает снимать болевые ощущения. В среднем значительное стойкое улучшение наступает после 20-30 сеансов.

**Терапия, направленная на преодоление перенесенных психических травм.** Принято считать, что соматоформные расстройства намного чаще возникают у лиц, перенесших психические травмы, в частности, насилие. Вскрытие психотравмирующих обстоятельств в процессе аутогенной вербализации, гипнотического состояния, иных трансовых состояний или в ходе аналитической терапии – отправная точка в патогенетической психотерапии соматоформных расстройств.

**Терапия, направленная на изменение стратегии поведения.** Наиболее широко используется групповой поведенческий тренинг. В индивидуальном режиме эффективными оказываются недирективная гипнотерапия и НЛП.

### **Межведомственное взаимодействие.**

Современная организация психиатрической помощи в России, ориентированная на оказание стационарной помощи при тяжелых, хронических, инвалидизирующих психических расстройствах, не эффективна при соматоформных расстройствах, где центр тяжести должен быть смещен в плоскость амбулаторной и преимущественно психотерапевтической помощи. Неоднократные попытки внедрения в практику полипрофессиональных «терапевтических

бригад», в состав которых входили бы врачи общей практики, психиатры, психотерапевты, психологи, были и остаются экспериментами, осуществляемыми немногочисленными энтузиастами. Отсутствие специалистов (в первую очередь, психотерапевтов) в общесоматических клиниках ведет к многочисленным диагностическим ошибкам, диагностированию несуществующих соматических расстройств, проведению трудоемких и дорогостоящих диагностических исследований, хирургических вмешательств. Высокий уровень недоверия общества к психиатрической помощи, активно подогреваемый некомпетентными СМИ и лжеспециалистами, стигматизация лиц, обращающихся за психиатрической помощью, исключение из системы ОМС психотерапевтической помощи сделало ее практически недоступной для широких слоев населения.

Разумным решением сложившейся проблемной ситуации могло бы явиться развитие децентрализованной системы лечебно-диагностических центров, специализирующихся на оказании населению комплексных медицинских услуг в сфере психосоматических и соматоформных расстройств силами как врачей общесоматических специализаций (гастроэнтеролог, кардиолог, дерматолог, пульмонолог, аллерголог), так и неврологами, психотерапевтами, психологами, обученными методам объективной клинико-психологической диагностики. Эффективность медицинской помощи существенным образом возросла бы при активном взаимодействии с органами социальной защиты (санаторная помощь) и реабилитационными учреждениями для детей и подростков, находящихся в ведении Министерства образования и науки.

## **Прогноз.**

Прогноз при соматоформных расстройствах, как правило, благоприятный. При своевременной диагностике и грамотном лечении в большинстве случаев наступает выздоровление или значительное улучшение состояния. В то же время ряд состояний этой группы, особенно – ипохондрическое рас-

стройство и устойчивое соматоформное болевое расстройство – характеризуются длительным, не ремиттирующим течением (у 60-65% больных патологическое состояние сохраняется в течение 5 и более лет). Несмотря на многочисленные дискуссии в психологической литературе о субъективном характере боли, число суицидов у больных с соматоформными болями значительно ниже, чем у пациентов с болевым синдромом органического происхождения (особенно при болях вследствие онкологических заболеваний). Часто высказываются о суициде, но крайне редко совершают его больные с ипохондрическим расстройством.

При ошибочной диагностике соматического заболевания у больного с соматоформным расстройством возможны серьезные негативные последствия, вызванные, как правило, осложнениями от приема медицинских препаратов и (реже) от проведенных хирургических операций. Наибольшими негативными последствиями проявляется тот образ жизни, с многочисленными ограничениями (режим, диета, ограничение физической, в том числе – сексуальной, активности) и вторичной десоциализацией, который ведут больные. Большой проблемой является и их постоянное обращение к врачам за помощью при мнимом недуге. Отмечена очень высокая коморбидность соматоформных расстройств с алкоголизмом и наркоманиями, что бесспорно, негативно влияет на прогноз.

## **Литература.**

**Александровский Ю. А.** Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства // Психиатрия: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. С. 525-554

**Карсон Р., Батчер Дж., Минека С.** Анормальная психология. СПб.: Питер, 2004. – 1167 с.

**Клиническая психология и психотерапия** (под ред. Перре М., Бауманна У., пер. с нем.) СПб.: Питер, 2012. – 944 с.

- Краснов В. Н.** Расстройства аффективного спектра. М.: Практическая медицина, 2011 – 432 с.
- МКБ-10.** Психические расстройства и расстройства поведения. Класс V, адаптированный для использования в Российской Федерации. М., 1998.
- Bazire S.** Psychotropic Drug directory. London. Quay books, 1997. – 272 p.
- Flor-Henry P. et al.** A neuropsychological study of the stable syndrome of hysteria // Biological psychiatry, 1981, vol. 16, pp. 601-626
- Guse S. B.** Genetics of Briquet's syndrome and somatization disorder // Annals of Clinical Psychiatry, 1993, vol. 5, pp. 225-230
- Hanback J. W., Revelle W.** Arousal and perceptual sensitivity in hypochondriacs // J. of Abnormal Psychology, 1978, vol. 87, pp. 523-530
- Kirmayer L. J. et al.** Somatoform disorders: personality and the social matrix of somatic distress // J. of Abnormal Psychology, 1994, vol. 103, pp. 125-136
- Livingstone R. et al.** Families who somatize // Development and Behavioral Pediatrics, 1995, vol. 16, pp. 42-46
- Rief W. et al.** Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population // Psychosomatic medicine, 2001, vol. 63, pp. 595-602.
- Saxe G. N. et al.** Dissociative disorders in psychiatric inpatients // American Journal of Psychiatry, 1993, vol. 150, pp. 1037-1042
- Torgersen S.** Genetics of somatoform disorders // Archives of General Psychiatry, 1986, vol. 43, pp. 502-505
- Vingerhoets A. J. J. M. et al.** Alexitimia: A future exploration of its nomological network // Psychotherapy and Psychosomatics, 1995, vol. 64, pp. 32-42
- Volz H. P. et al.** Somatoform disorders – diagnostic concepts, controlled clinical trials, methodological issues // Pharmacopsychiatry, 1994, vol. 27, pp. 231-237
- Wittling W. et al.** Topographic brain mapping of emotion-related activity // Imaging of the brain in psychiatry and related fields. Berlin, Springer, 1993. Pp. 271-276