СОМАТОФОРМНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Автор: словарь
17.09.2009 19:57 -

Соматоформные психические расстройства — мнительность субъекта по отношению к физическому состоянию своего организма.

Главным признаком соматаформных расстройств считается повторяющееся возникновение физических симптомов наряду с постоянными требованиями медицинских обследований вопреки подтверждающимся отрицательным результатам и заверениям врачей об отсутствии физической основы для симптоматики. Если какие-то соматические расстройства все же присутствуют, то не на них фиксируется внимание больного и не они объясняют природу и выраженность жалоб. Больной обычно противится попыткам обсуждения возможности психологической обусловленности своего состояния.

При этих расстройствах часто наблюдается выраженное в некоторой степени истерическое поведение, направленное на привлечение внимания, особенно у больных, которые негодуют в связи с невозможностью убедить врачей в преимущественно физической природе своего страдания и в необходимости продолжения дальнейших осмотров и обследований. В том случае, если убежденность в наличии соматического страдания приводит больного к постоянным обращениям за врачебной помощью с жалобами на непрекращающуюся слабость, болевые ощущения, частую рвоту, говорят о синдроме альбатроса.

Если эти обращения подкрепляются настоятельными требованиями хирургических вмешательств (в случае их реализации — повторных) — речь идет о синдроме Мюнхгаузена. Если же в качестве способа купирования соответствующих расстройств больным выбираются наркотики и стремление их получить приобретает неодолимый характер, говорится о синдроме Агасфера.

Симптомы, которые могут иметь место в рамках соматоформных расстройств, согласно американской классификации (DSM-III-R, 1987), таковы: желудочно-кишечные нарушения (рвота — не такая, как при беременности, боли в животе — не такие, как при менструации, тошнота — не такая, как при болезнях кишечника, вздутие живота — газы, понос, непереносимость или плохое самочувствие — после некоторых видов пищи); болевые симптомы (в конечностях, в спине, в суставах, во время мочеиспускания, другие — за исключением головных болей), нарушения со стороны сердца и дыхательной системы (поверхностное дыхание — за исключением тех случаев, когда применяется специальное усилие; сильное сердцебиение, боли и грудной клетке, головокружение), конверсия или псевдоневрологические симптомы (амнезия, затрудненное глотание, потеря голоса, глухота, двойственность зрительного образа, нечеткость зрения, слепота, обмороки или потери сознания, припадки или конвульсии, шатание при ходьбе, паралич или мышечная слабость, задержка мочи или трудности с мочеиспусканием);

сексуальные симптомы (ощущение жжения в половых органах или в прямой кишке — не такое, как при половых сношениях; сексуальное равнодушие, боли во время половых сношений, импотенция); женские репродуктивные симптомы, которые, как считает больная, наблюдаются более часто и протекают более тяжело, чем у большинства женщин (болезненные менструации, нерегулярные менструальные периоды, слишком обильное менструальное кровотечение, рвота во время беременности). Если имеется не менее двух из числа перечисленных симптомов, диагноз С. р. может быть заподозрен; если же речь идет о семи симптомах, то он несомненен.

Многие больные, особенно с легкими формами этого расстройства, продолжают наблюдаться в рамках непсихиатрических медицинских служб. Обращение к психиатру ими часто отвергается. Некоторые больные в результате имеющейся у них симптоматики главенствуют в семье и манипулируют ею, а также социальными структурами, и лишь небольшая часть пациентов функционирует нормально.

Установлено, что в генезе С. р. помимо психогений (здесь особенно значимы переживания, связанные с безработицей) существенную роль играют переутомление, семейная неустроенность, соматическая ослабленность. Показано, что наиболее подвержены этому заболеванию работницы конвейеров и педагоги с большим стажем работы, а также лица, длительно подвергающиеся воздействию профессиональных вредностей.

В качестве психопатического преморбида наиболее часто отмечаются соматопатические, истеричные и мозаичные личности. Характерной особенностью всех этих типов является выраженная невротизация с высоким уровнем тревоги и склонностью к депрессивным реакциям, эмоциональная нестабильность и высокий уровень соматического реагирования.

Соматизирование психических расстройств отмечается в 40,5% наблюдений контингента психосоматической амбулатории (Бройтигам В., 1984) и в 28,0% наблюдается при диспансеризации сотрудников крупного промышленного предприятия (Гиндикин В. Я. и соавт., 1996). На первых этапах болезни жалобы больных сводятся только к соматическим расстройствам, лишь в последующем присоединяются очень неспецифические и слабовыраженные психиатрические симптомы, что часто обусловливает значительные, исчисляемые годами, запаздывания адекватной диагностики.

В лечении С. р. ведущее место отводится психотерапии и социотерапии, в связи с чем в развитых странах в последние годы наблюдается рост новых психотерапевтических и психосоматических клиник. При этом используются такие разновидности психотерапии, как психоаналитическая (стационарный вариант — "терапевтическое сообщество"), разъяснительная, семейная и др. Больным с истеро-конверсионными расстройствами показана психотерапия, ориентированная на достижение критики к своему состоянию: при этом осуществляется выявление внутриличностного конфликта и

символизм конверсионного симптома, показаны короткие и директивные формы психотерапии. Больным с ипохондрическими расстройствами больше помогает групповая терапия, т. к. она обеспечивает социальную поддержку и социальное общение, в которых больной нуждается. В процессе лечения используются и медикаментозные средства.

В. Я. Гиндикин