

ТЕЛЕСНИ РАЗСТРОЙСТВА И СИНДРОМ НА ТЕЛЕСЕН ДИСТРЕС (С НЕЯСНИ СИМПТОМИ) В ОБЩАТА МЕДИЦИНСКА ПРАКТИКА

И. Нацов¹ и Р. Трифонов²

¹АИСМПП – Червен Бряг

²АИПМП – Плевен

SOMATIZATION, SOMATOFORM DISORDERS AND BODILY DISTRESS SYNDROME (MEDICALLY UNEXPLAINED SYMPTOMS) IN GENERAL MEDICAL PRACTICE

I. Natsov¹ and R. Trifonov²

¹Psychiatrist – Cherven Briag

²General practitioner and pediatrician – Pleven

Резюме. Трансформирането на потиснатите емоции и психични конфликти в телесни симптоми е широко разпространен феномен, предизвикващ субективно страдание, проблеми в личностното функциониране, както и сериозни здравно-икономически разходи. Медицинската дуалистична онтология обозначава този феномен с термина “соматизация”. Соматоформните разстройства са хетерогенна група нозологични единици, обединени от тенденцията да се представят със соматични, но „необясними телесни симптоми”. В работата се дискутира проблемът за идентификацията, клиничните прояви, нивата на тежест, диагностиката на пациенти с телесен дистрес синдром в общата медицинска практика.

Ключови думи: соматизация, соматоформни разстройства, необясними телесни симптоми

Summary. The transformation of suppressed emotions and psychological conflicts into bodily symptoms is a widespread phenomenon provoking subjective suffering, problems in personal functioning and enormous health expenses. Medical dualistic ontology designates this phenomenon as somatization. Somatoform disorders are a heterogeneous group of nosological entities united by their tendency to present with somatic, but “unexplained bodily symptoms”. This article discusses the problem of identification, clinical phenomenology, and the stages of severity and diagnosis of patients with bodily distress syndrome.

Key words: somatization, somatoform disorders, medically unexplained symptoms

ВЪВЕДЕНИЕ

Западната медицинска дуалистична онтология обозначава с термина “соматизация” феномена, който най-многопластово отразява връзката между психично и телесно, а в плоскостта на категориалното мислене – неразривната връзка между психиатрията и другите домени на медицината. Той най-общо означава *трансформи-*

ране на потиснатите емоции и психични конфликти в телесни симптоми. Отсъствието на органна патология, дори при пациенти в прос-трация, се възприема от съвременния лекар като недоразумение, недовършеност на диагностичния процес. Медицинското обучение и практика фокусират вниманието най-вече върху органите, а не върху по-високите нива на невро-ендокрино-имунологична интеграция и върху афективни-

те влияния, които въздействат на тези нива. Съвременната нозология среща огромни трудности при описване и намиране на място за болести без органна патология, или с налична органна патология, недостатъчна за пълно обясняване на болестта. Клиничните методи са все още основани на схващането, че болестта има винаги своя телесен корелат.

Съществуват многобройни епидемиологични изследвания, които показват, че около една трета от пациентите в общата и специализираната медицинска практика преживяват соматични симптоми, за които не може да бъде открита телесна причина. Такива пациенти претърпяват множество излишни и скъпоструващи изследвания и манипулации и цената на лечението им е твърде висока. МКБ-10 и DSM-IV описват тези състояния като хетерогенна група психични разстройства, обединени от тенденцията да се представят със соматични, но „телесно необясними“ симптоми. Соматоформните разстройства са една от най-противоречивите области в модерната психиатрия, които предизвикват изключително дълбоки концептуални и многообразни практически проблеми. Те представляват хетерогенна група нозологични единици, чиято обединяваща характеристика е присъствието на соматични симптоми в предния план на клиничната картина. В ревизирания трети вариант на Диагностичния и статистически наръчник на Американската психиатрична асоциация специфичните субкатегории включват: соматизационно разстройство, хипохондриаза, телесно дисморфно разстройство, конверзионно разстройство и хронично болково разстройство. В четвъртия (настоящ) вариант е добавена и категорията „недиференцирано соматоформно разстройство“, описваща според много изследователи най-честите изяви на соматоформно разстройство.

Синдром на телесен дистрес е емпирично извлечена, статистически обоснована диагноза, предложена като алтернатива на настоящата нозология, включваща соматоформните разстройства и функционалните соматични синдроми като фибромиалгия, синдром на възбудимото черво, синдром на хронична умора. Централната характеристика на този синдром са различни физикални симптоми на телесен дистрес, които могат да бъдат разпределени в три групи: кардиопулмонални; гастроинтестинални и мускулно-скелетни. Синдромът на телесен дистрес обхваща повечето пациенти със соматоформни разстройства, диагнозата се основава изключително върху броя на телесните симптоми, който е важен предиктор на функционалната увреда при тези пациенти.

ИДЕНТИФИКАЦИЯ НА ПАЦИЕНТ С ТЕЛЕСЕН ДИСТРЕС-СИНДРОМ

Не съществува „утъпкан път“ за идентификация на пациент с телесен дистрес-синдром, изискващ лечение. В реалната клинична практика лекарят трябва да направи преценка на броя и тежестта на симптомите, тяхната острота/хроничност, нивото на увреда на пациента и използването на здравен ресурс от него. Критериите на DSM-IV и МКБ-10 би трябвало да бъдат основата за поставяне на диагноза, но е ясно, че и двете ръководства не са от голяма полза, тъй като критериите за соматизационно разстройство са твърде ограничаващи, от една страна, а критериите за недиференцирано соматоформно разстройство са твърде либерални. По този начин могат да се изключат пациенти, които имат нужда от лечение, а същевременно да се предлага лечение на пациенти, които нямат нужда от него.

Ето защо е уместно да бъдат използвани създадените през годините себеоценъчни инструменти, които корелират добре с тежестта на функционалната увреда и изразходването на здравен ресурс. Такъв тест е PHQ-15, който е лесен за изпълнение, и се изискват не повече от 10 минути за попълване. Резултати от 10-20% корелират значимо с тежестта на увредата и увеличеното използване на здравен ресурс (*Приложение 1*).

Инструмент за измерване на хипохондрични тенденции е Whiteley index. Той също е лесно и бързо приложим в ежедневната практика (*Приложение 2*).

Тези два инструмента всъщност измерват два от най-важните аспекти на клинично значимия телесен дистрес: *брой на необяснимите телесни симптоми и тревогите за собственото здраве*. Те са превъзходни скриниращи инструменти, но прилагането им без последващо клинично интервю е неуместно, тъй като могат да се пропуснат такива важни психични характеристики на тези пациенти, като: катастрофичното мислене за последствията от преживяваните симптоми, отбягващото поведение, негативната афективност, алекситимните черти, склонността към амплификация.

Цели

Първата цел на оценката е да се установи дали пациентът може да бъде диагностициран с телесен дистрес-синдром *sui genesis* или той е съчетан с друго телесно или психично разстройство. Втората стъпка е да се оцени тежестта на разстройството. По време на интервюто е умес-

тно да се подкрепя пациентът, да се приеме реалността на неговата симптоматика и по възможност да се разберат интерпретациите му на причините за неговите симптоми.

ОПРЕДЕЛЯНЕ НА НИВАТА НА ТЕЖЕСТ

Синдромите на телесен дистрес са различни по тежест, респективно носят различен риск за хронификация и функционална увреда. Поради тази причина е уместно още в ранните стадии на лечението да се идентифицира нивото на тяхната тежест. Освен различни по тежест те са и с различна феноменологична сложност. Тази сложност е свързана с тяхната коморбидност с телесни и психични разстройства. Така например некардиалната сърдечна болка се съчетава често с друго сърдечно заболяване, синдромът на възбудимото черво – с друго гастроинтестинално възпалително заболяване. Тревожността и депресията са най-честите коморбидни психиатрични разстройства.

Друга характеристика, определяща тяхната сложност, е връзката на тези разстройства със стрес. Този стрес също трябва да бъде идентифициран по време на интервюто. Той може да бъде биологичен – наличие на телесна болка, водеща до безсъние; психосоциален – различни т.нар. „лайф ивентс“; когнитивен – негативното мислене, амплификацията, алекситимията са характерни за такива пациенти.

На трето място, тази сложност е свързана с поведението на пациента. При леки случаи на телесен дистрес поведението няма никаква специфика, но при по-тежките случаи пациентите обикалят множество лекари, извършват много лабораторни интервенции, без да се създаде терапевтична комуникация и без да се постигат резултати.

В контекста на риска Холандското мултидисциплинарно ръководство за необясними телесни симптоми и соматоформни разстройства определя нивата на тежест по следния начин:

Нисък риск

Тази група пациенти преживяват телесни симптоми за кратък период, най-често по време на стресови ситуации. Те са склонни да обсъждат психосоциални фактори за възникване на симптоматиката, в случай че бъдат поканени да го сторят. Такива пациенти се връщат към обичайното си функциониране за около 3-6 седмици и са с най-благоприятна прогноза.

Среден риск

Тази група пациенти се характеризира с по-голяма сложност на клиничната картина и най-

често с коморбидност от телесна или психиатрична болест. Тази коморбидност може да усложни избора на лечение поради консервативния стремеж да се разграничи телесна от психична болест, вместо мисленето да се фокусира върху причините, които водят до мултиплени соматични симптоми и високи нива на безпокойство за здравето. Такава коморбидност има негативно влияние върху изхода от лечението, ако не бъде осъзната и правилно интерпретирана.

Висок риск

Тази група включва пациенти с персистиращ телесен дистрес и отчетливо нарушаване на функционирането. Те обикновено имат сериозни проблеми във взаимоотношенията си с лекарите и поведението им се характеризира с множество консултации, излишни диагностични процедури, а дори и с оперативни намеси.

ОЦЕНКА НА ПАЦИЕНТИ С ТЕЛЕСЕН ДИСТРЕС СИНДРОМ В ПЪРВИЧНАТА ЗДРАВНА МРЕЖА

Тази оценка зависи от ситуацията. Пациенти с повече на брой телесни симптоми, персистиращи от дълго време, са суспектни за лоша прогноза. Изследването трябва да се концентрира върху броя на симптомите и съпътстващите тревоги за здравето. Ще представим кратко обобщение на поведението на ОПЛ при среща със соматизиращи пациенти:

1. Снемане на анамнеза относно:

- Наличните/представените от пациента телесни симптоми;
- Други телесни симптоми;
- Емоционални проблеми и психосоциални фактори, вкл. и директно осведомяване за наличие на тревожност и депресия;
- Преживени стресови събития в последно време, вкл. и такива, свързани с работата, семейството, и дори в по-широк социален контекст;
- Предишни подобни епизоди;
- Убежденията на пациента за причините за неговите симптоми;
- Степента на тревога за съществуването на подлежаща болест и до каква степен семейството споделя тези тревоги;
- Настоящо функциониране на пациента (граница на справяне);
- Очакванията на пациента от изследването и лечението.

2. Непосредствено поведение на лекаря

- Кратко, фокусирано изследване и ако е клинично показано, се назначават необходимите лабо-

раторни изследвания. Да се предупреди пациентът, че изследванията може да се окажат негативни. Да се избягва назначаване на лабораторни и други изследвания само „за успокоение” на пациента.

- Да се анализират резултатите от направените изследвания съвместно с пациента и да се каже ясно дали тези резултати са свързани с представените симптоми.

- Дори и при негативни резултати от изследванията да се даде положителна оценка на реалността на съществуващата симптоматика и страданието, което пациентът преживява.

ОБОБЩЕНИЕ

Соматизацията е най-честата форма на психиатрично разстройство в общата практика и в многопрофилните болници. Честотата на разстройствата,

свързани с нея, е надеждно установена. Лечението им, особено на хроничните случаи, може да се окаже изключително трудно и да изисква от терапевта допълнителни усилия, както и умения за *лиезон* с екипите от други специалности.

Соматизацията е относително ново поле на изследване. До неотдавна обучението на психиатрите преминаваше изключително в големите психиатрични клиники и контактите им със соматизиращи пациенти практически липсваха. Нещо повече, соматизацията на депресията например се представяше за рядък и атипичен феномен.

При тази сегрегация на психиатрията от останалата част на медицината ще отнеме дълго време, за да се осъзнае, че соматизацията е по-скоро правило, а не изключение в общата практика, в специализираната медицинска практика и в отделенията на многопрофилните болници.

Приложение 1

РНQ – 15

До каква степен сте били обезпокояван/а през последните 4 седмици от симптомите, описани по-долу (отбележете с X в съответното поле)

	Не съм (0)	малко (1)	много (2)
1. Стомашна болка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Болка в гърба	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Болки в ръцете, краката, ставите, коляно и др.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Менструални болки или друго неразположение, свързано с Вашия менструален цикъл	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Болки в главата	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Болка в гърдите	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Замайване	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Пристъпи на прилошаване/припадане	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Усещане за забавяне/ускоряване на сърд. дейност	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Недостиг на въздух	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Болка/неразположеност по време на полов акт	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Запек, разхлабеност или диария	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Гадене, газове или лошо храносмилане	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Чувство на умора или понижена енергия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Проблеми със съня	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Приложение 2

Whiteley Index Test за хипохондрия

Моля, отговорете на въпросите по следната 5-степенна скала: 1 = напълно не, 2 = малко, 3 = средно, 4 = значително, 5 = много

1. Безпокоите ли се много за Вашето здраве?
2. Мислите ли, че има нещо наистина нередно с Вашето тяло?
3. Изпитвате ли трудност да не мислите за Вашето здраве и да се фокусирате върху друго?
4. Ако се чувствате болен и някой Ви каже, че изглеждате по-добре ставате ли раздразнителен?
5. Намирате ли, че често долавяте различни неща, случващи се по Вашето тяло?
6. Безпокоят ли Ви различни болки?
7. Страхувате ли се от болести?
8. Мислите ли, че се тревожите за Вашето здраве повече от останалите хора?
9. Смятате ли, че другите не приемат достатъчно сериозно Вашите болести?
10. Трудно ли е да повярвате на Вашите лекари, когато казват, че няма нищо, за което да се безпокоите?

11. Често ли се тревожите за вероятността да имате сериозна болест?

12. Ако четете за симптоми на някаква болест тревожите ли се да не я „прихванете“?

13. Намирате ли, че сте обезпокояван от различни симптоми?

14. Намирате ли, че често имате симптоми на сериозна болест?

Библиография

1. Цонев, Ц. и И. Нацов. Соматизация и соматоформни разстройства. – В: Психиатрия и соматична медицина. Ред. Ц. Цонев, И. Нацов. С., Горекс прес, 2002, 113-121.
2. APA, The diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd Ed. Rev.), Washington DC, American Psychiatric Press. 1987.
3. APA, The diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th Ed.), Washington DC, American Psychiatric Press. 1994.
4. WHO, The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic Criteria for Research. World Health Organisation. 1993.

✉ Адрес за кореспонденция
Д-р Иво Нацов
АИСМПП
ул. "Яне Сандански" № 61
5980 Червен бряг
e-mail: ivo_nacov@abv.bg