

Сучасна психосоматична практика: діагностичні критерії

Минулого року в листопаді у м. Харкові відбулася науково-практична конференція «Психосоматична медицина: наука і практика – нові погляди на ефективну медичну допомогу». У рамках заходу провідні українські експерти в цій надзвичайно цікавій для лікарів практично всіх спеціальностей галузі медицини розглянули широке коло актуальних питань ведення пацієнтів із різноманітними психосоматичними розладами (ПСР).



Значну увагу аудиторії привернув виступ професора кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету ім. О. О. Бого-

мольця (м. Київ), доктора медичних наук Олени Олександрівни Хаустової, у якому вона докладно розглянула оновлені критерії діагностичного обстеження пацієнтів з імовірними ПСР (Fava G.A. et al., 2017).

– Психосоматична медицина – це новітня субспеціальність психіатрії, що була офіційно затверджена Американською радою медичних спеціальностей у 2003 р., а вже у 2005 р. у цій країні було проведено перший сертифікаційний іспит із психосоматичної медицини. У Європі у 2013 р. була створена Європейська асоціація психосоматичної медицини, більшість членів якої за фахом є психіатрами. Крім того, також функціонує Європейська мережа психосоматичної медицини (ENPM, 2004), яка переважно орієнтована на підвищення рівня знань щодо психосоматичної патології серед лікарів інших спеціальностей, медичних сестер

і соціальних працівників. Наразі психосоматична медицина являє собою широке міждисциплінарне поле, що стосується взаємодії біологічних, психологічних і соціальних факторів у процесі регулювання балансу між здоров'ям та хворобою.

Опубліковані у 2017 р. (Fava G.A. et al.) оновлені критерії діагностики ПСР фактично є ступеневою моделлю (рис.), яка дозволяє кожному лікарю в умовах дефіциту часу без використання спеціалізованих шкал оцінки швидко зорієнтуватися в тому, чи дійсно в пацієнта наявні ці розлади.

Щоб констатувати в пацієнта алоstaticтне перевантаження (стрес), необхідна одночасна наявність 2 таких критеріїв:

- критерій А – поточне ідентифіковане джерело стресу у вигляді останніх подій життя та/або хронічний стрес; стресор перевищує індивідуальні навички копінгу (здатності долати життєві труднощі) пацієнта, коли всі вони повністю задіяні;

- критерій В – стресор асоціюється щонайменше з однією з таких 3 ознак, що з'явилися впродовж 6 міс після початку дії стресора:

- щонайменше 2 із зазначених симптомів: труднощі із засинанням, неспокійний сон, раннє ранкове пробудження, відсутність енергії, запаморочення, генералізована тривога, дратівливість, смуток, деморалізація;

- значне порушення соціальної або професійної діяльності;

- значне збільшення панування середовища над людиною (почуття переповненого вимогами повсякденного життя).

Поведінку типу А можна виявити на підставі наявності в пацієнта щонайменше 5 із таких 9 ознак: надмірний рівень залучення до роботи й інших видів діяльності, що вимагають суворого дотримання строків виконання; постійне та всеохоплююче відчуття терміновості; відображення рухово-експресивних особливостей (швидка і «вибухова» вимова, різкі рухи тіла, напруження м'язів обличчя, жести рук), що вказують на відчуття перебування під тиском дефіциту часу; ворожість і цинізм; роздратованість; тенденція до прискорення фізичної активності; тенденція до прискорення розумової активності; виражене прагнення до досягнень і визнання; висока конкурентність.

За оновленими спрощеними критеріями ПСР стало набагато простіше виявляти пацієнтів з алекситимією, що проявляється істотними труднощами з вербальним описом свого стану та є фактором ризику розвитку ПСР. Згідно із цими критеріями, в пацієнта з алекситимією мають бути присутні щонайменше 3 із 6 таких характеристик:

- неспроможність використовувати належні слова для опису емоцій;

- тенденція до опису деталей замість почуттів (наприклад, обставин події, а не почуттів, які вона спричинила);

- відсутність насиченого фантазійного життя;

- зміст думок більше пов'язаний із зовнішніми подіями, ніж з фантазіями чи емоціями;

- нерозуміння типових соматичних реакцій, що супроводжують переживання різноманітних почуттів;

- рідкісні, проте сильні та часто невідповідні ситуації спалахи афективної поведінки.

Наступним етапом є виникнення різних форм хворобливої поведінки, кожна з яких також має власні діагностичні критерії. Так, іпохондрія являє собою побоювання виникнення серйозного захворювання або впевненість у його наявності, при цьому занепокоєння зберігається, незважаючи на адекватне медичне обстеження та запевнення фахівця у відсутності патології. Тривалість такого стану має становити не менше 6 міс, він має спричиняти значний дистрес та/або порушення соціального і професійного функціонування пацієнта. Тяжкою формою хворобливої поведінки є нозофобія – персистуючий необґрунтований страх страждання через певне специфічне захворювання (наприклад, СНІД, рак тощо). Цей страх зазвичай виявляється у формі нападів (аж до панічних атак), а не фонового занепокоєння, як при іпохондрії. Об'єкт страху не змінюється із часом, а тривалість симптомів перевищує 6 міс. Танатофобію (нав'язливий страх смерті) констатують за наявності протягом останніх 6 міс принаймні 2 нападів страху наближення смерті без реальної загрозової ситуації. Необхідним критерієм є уникнення будь-яких новин, які нагадують про смерть: їхня поява негайно зумовлює реакцію тривоги.

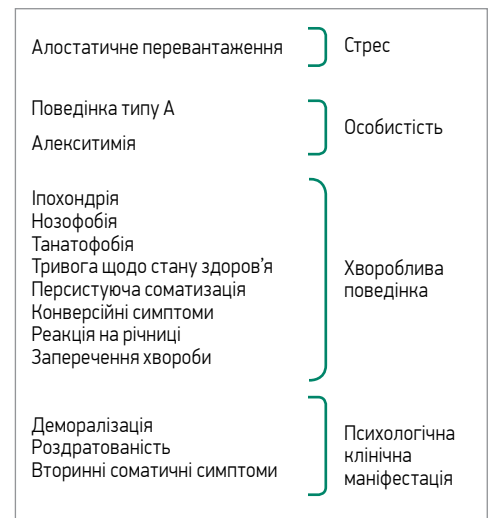


Рис. Оновлені критерії діагностики ПСР (Fava G.A. et al., 2017)

Уникнення, тривожні передчуття та дистрес суттєво позначаються на рівні функціонування людини.

Тривога щодо здоров'я (непатологічна тривога) характеризується занепокоєнням щодо хвороби та болю, менш специфічним, ніж при іпохондрії та нозофобії; триває до 6 міс і реагує на заспокоєння з боку лікаря. Утім, через деякий час у пацієнта можуть виникати нові побоювання.

До хворобливої поведінки відноситься стійка соматизація, для діагностування якої необхідна одночасна наявність 2 таких критеріїв:

- критерій А – функціональні розлади (фіброміалгія, хронічна втома, порушення моторики стравоходу, невиразкова диспепсія, синдром подразненого кишечника, атиповий біль у грудях, гіперактивний сечовий міхур), тривалість яких перевищує 6 міс, що призводить до дистресу, пошуку медичної допомоги та/або порушення якості життя.

- критерій В – симптоми вегетативного збудження (серцебиття, тремтіння, почервоніння, потовиділення тощо) та/або перебільшені побічні ефекти медикаментозної терапії, що вказує на низький поріг відчуття болю та/або високу сугестивність.

До хворобливої поведінки належать також конверсійні симптоми, що є наслідком трансформації психічного конфлікту в соматичні симптоми. Необхідними критеріями діагностики конверсійних симптомів є такі:

- критерій А – наявність ≥ 1 моторних чи сенсорних симптомів, які характеризуються відсутністю анатомічної чи фізіологічної правдоподібності та/або очікуваних фізикальних ознак, лабораторних результатів чи нестабільними клінічними проявами; вегетативне збудження або стійкі тілесні симптоми; симптоми конверсії повинні бути помітними і спричиняти дистрес, змушувати шукати медичну допомогу та/або погіршувати якість життя;

- критерій В – належне медичне обстеження не виявляє жодної органічної патології, що пояснювала б соматичні скарги;

- критерій С – наявність як мінімум 2 із таких 4 характеристик: амбівалентність при повідомленні про симптоми (наприклад, пацієнт виглядає розслабленим або зовсім не стурбований цими симптомами); істероїдні риси особистості (барвисті драматичні висловлювання, мовлення та зовнішній вигляд, вимоглива залежність, висока сугестивність, швидкі зміни настрою); вплив на симптоми психологічного стресу (пацієнт не розуміє зв'язок між стресом і симптомами); наявні в пацієнта соматичні симптоми аналогічні тим, що вже виникали в інших осіб (копіювання хворобливої поведінки інших).

Гамалате В₆
Допоможе відновити рівновагу

- ✓ Продуктивність мислення
- ✓ Пам'ять
- ✓ Концентрацію уваги
- ✓ Усуне тривогу, збудження, порушення сну

Унікальне поєднання чотирьох природних метаболітів мозку, які здійснюють ряд найважливіших функцій в ЦНС

ГАМК
В6
МГГ
ГАБОМ

ferrер

У реальній клінічній практиці часто не приділяється належної уваги такій формі хворобливої поведінки, як реакція на річницю. Її критеріями є такі:

- критерій А – симптоми вегетативного збудження (наприклад, серцебиття, тремтіння, почервоніння, потовиділення) або функціональних станів (наприклад, синдром подразненого кишечника, фіброміалгія, атипичний біль у грудях) чи конверсійні симптоми, що спричиняють дистрес та/або змушують до пошуку медичної допомоги, та/або порушують якість життя;

- критерій В – залежне фізикальне обстеження не виявляє жодної органічної патології, яка пояснювала б наявні соматичні симптоми;

- критерій С – симптоми виникли, коли пацієнт досяг певного віку або з нагоди певної річниці (коли батьки або дуже близькі члени сім'ї захворіли на небезпечну хворобу чи померли); при цьому пацієнт не усвідомлює такого зв'язку.

Досить поширеною формою хворобливої поведінки є заперечення хвороби, для підтвердження якого необхідна наявність лише 2 критеріїв:

- критерій А – постійне заперечення наявності соматичного розладу та необхідності лікування (відсутність комплаєнсу, затримка у зверненні за медичною допомогою з приводу серйозних і стійких симптомів, антифобічна поведінка тощо) як реакція на симптоми, ознаки, діагностику чи медичне лікування соматичної хвороби;

- критерій В – пацієнту надано адекватну оцінку медичної ситуації та запропоноване лікування (якщо воно є), якого слід дотримуватися.

Отже, стрес, накладаючись на певні характеристики особливості людини,

згодом через етап хворобливої поведінки врешті призводить до формування яскравих клінічних проявів ПСР. До них у першу чергу належить деморалізація, за якої людина відчуває безпорадність (критерій А) протягом більш ніж 1 міс (критерій В) й усвідомлює, що не може вирішити свої гнітючі проблеми та/або не має адекватної підтримки від інших. Крім того, при деморалізації може відзначатися безнадійність – усвідомлення власної неможливості виправдати очікування, що пов'язано з переконанням у відсутності будь-яких шляхів для вирішення поточних проблем і труднощів (критерій С).

Для пацієнтів із клінічною маніфестацією ПСР також характерний роздратований настрій, який може як мати вигляд коротких епізодів (за певних обставин), так і бути пролонгованим і генералізованим. Пацієнт мусить докладати зусиль для самоконтролю, проте іноді все ще трапляються вербальні чи поведінкові спалахи гніву (критерій А). Цікаво, що суб'єктивно досвід роздратованості завжди є неприємним для пацієнта, а її явні прояви не мають ефекту катарсису, як у разі виправданих спалахів гніву (критерій В).

Ще одна клінічна маніфестація – соматичні симптоми, вторинні по відношенню до психічних розладів. Ці соматичні симптоми спричиняють дистрес та/або пошук допомоги та/або знижують якість життя (критерій А). Належне медичне обстеження не виявляє органічної патології, яка б пояснила наявні соматичні симптоми (критерій В), а психічні розлади завжди передують появі соматичних симптомів (критерій С): так, панічний розлад передуює виникненню кардіальних симптомів і т. ін.

Викладені оновлені критерії ПСР (Fava G.A. et al., 2017) насамперед спрямовані на реалізацію персоналізованого та цілісного підходу до ведення кожного пацієнта. Лікування пацієнта з ПСР має бути індивідуалізованим і залежить від ступеня вираженості ПСР і конкретних складових компонентів клінічної картини. Наприклад, у двох різних пацієнтів можуть бути наявні алоstaticтне перевантаження та поведінка типу А, проте перший пацієнт реагує за типом здорової тривоги, має нетривалу іпохондрізацію, коротку реакцію на річницю та лише невелику роздратованість. Нормалізувати психічний стан такого пацієнта можна шляхом поєднаного застосування психологічних методів корекції та комбінованих препаратів на основі рослинних екстрактів і вітамінів групи В, які мають м'які анксиолітичні, нейропротекторні й адаптогенні властивості. Крім того, сьогодні в арсеналі лікарських засобів для терапії легких ПСР є сучасні препарати, здатні прицільно впливати на ГАМК-ергічну трансмісію в мигдалині головного мозку – частині лімбічної системи, що відіграє ключову роль у формуванні емоцій. Саме таким препаратом є Гамалате В₆, який являє собою ефективну комбінацію природних активних метаболітів головного мозку (γ-аміномасляна кислота та аміно-β-масляна кислота) з піридоксину гідрохлоридом (вітамін В₆) і магнію глютамату гідробромідом. Гамалате В₆ чинить нейрорегулюючу дію на процеси в головному мозку і завдяки цьому може з успіхом використовуватися в комплексній терапії функціональних та органічних розладів з боку нервової системи, що супроводжуються астеновегетативними

й астенодепресивними проявами, емоційною лабільністю, зниженням концентрації уваги, погіршенням пам'яті та низькою здатністю до адаптації. Курс лікування препаратом Гамалате В₆ має становити щонайменше 2 міс, але можливий і набагато триваліший його прийом, що, безумовно, свідчить про високий профіль безпеки цього лікарського засобу. Клінічне дослідження за участю пацієнтів з інтенсивними симптомами тривожного розладу засвідчило, що регулярний прийом препарату Гамалате В₆ дозволяє удвічі зменшити дозу призначених бензодіазепінів, а в деяких випадках навіть повністю відмовитися від цих препаратів (Mendosa M.M., 2013).

У клінічній ситуації, коли в пацієнта наявні виражена іпохондрія, нозофобія та танатофобія, більш тривала реакція на річницю, роздратованість, деморалізація та соматичні симптоми, вторинні по відношенню до психічних розладів, доцільним буде призначення сучасних синтетичних модуляторів серотонінергічної системи (зокрема, тразодону), що чинять антидепресивний та анксиолітичний ефекти, відновлюють сон і зменшують ажитацію.

Таким чином, до питання ведення пацієнта з ПСР необхідно підходити комплексно. Слід ретельно зібрати анамнез, повністю обстежити та протестувати пацієнта і на підставі отриманих даних разом із ним намітити спільні цілі лікування та бути готовим гнучко змінювати терапевтичні схеми. Безумовно, обов'язковою умовою успішного лікування ПСР є встановлення довірливих відносин між пацієнтом і лікарем на кожному етапі курації.

Підготувала **Ангела Томічева**

