Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови

Версія цього документу для друку: http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00709&format=pdf

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00709. Пацієнт з психосоматичними симптомами

Автори: Antero Leppävuori, Sami Räsänen
Редактор оригінального тексту: Sari Atula
Дата останнього оновлення: 2017-08-24

Основні положення

- Лікар не повинен сумніватися в наявності симптомів пацієнта, їхньої суб'єктивної тяжкості або ступеня послідовного функціонального порушення, навіть якщо існує розбіжність між симптомами та отриманими даними.
- Симптоми реальні для пацієнта, і вони виявляють потребу в допомозі.
- Лікар повинен інформувати пацієнта про можливу роль психологічних факторів у симптоматичній картині, заспокоювати пацієнта щодо соматичних хвороб, виправляти невірні уявлення про хвороби і, працюючи разом з пацієнтом, лікар повинен намагатися встановити пояснювальну модель симптомів.
- Часто виникає потреба у встановленні тривалих відносин з тим самим лікарем до того, як пацієнт буде готовий розпочати поступове обговорення психосоціальних проблем, що спричиняють симптоми, та розглядати зв’язок між ними та картиною соматичного симптому.
- Психосоматичні симптоми часто асоціюються з соматоформними розладами, але вони можуть виникати практично при будь-яких психічних розладах.

- Консультація з психіатром може знадобитися для оцінки, диференційної діагностики та лікування психічних розладів і, зокрема для оцінки того, чи потребує пацієнт психотерапії.

Соматизація

- Соматизація означає тенденцію до відчуття, концептуалізації та вираження психологічних конфліктів як соматичних симптомів або змін.
- Переважно це нормальне явище, у разі якого симптоматична картина є дуже помірною і тимчасовою, але у важкій формі це хвороба, яке серйозно погіршує функціональну здатність
    - До 80% загальної популяції мають принаймні один соматичний симптом, що викликає у них певний дискомфорт. Найбільш поширеними соматичними симптомами, які неможливо пояснити соматичними розладами навіть після всебічних досліджень, є скарги на біль в животі, болі в спині і головний біль.
    - Серед пацієнтів первинної медичної допомоги 20–35% мають один або кілька нез'ясованих соматичних симптомів; близько 70% цих пацієнтів - жінки.
    - Ідіопатичні соматичні симптоми частіше зустрічаються, серед інших, у нижчих соціальних класах, в країнах, що розвиваються, та іммігрантів.

Соматоформні розлади

- Медично нез'ясовні соматичні симптоми є важкими і хронічними, вони пов'язані з прагненням дослідити та вилікувати їх, а також з невідповідною хворобливою поведінкою, і цей розлад викликає дестабілізацію у соціальних, професійних або інших важливих сферах функціонування. Поширеність соматоформних розладів у загальній популяції становить 6%, що має такий самий ступінь, як і поширеність депресії. Підгрупи (F45.0–F45.9) під кодом основного діагнозу:
    - Соматизований розлад (F45.0).
        - Щонайменше 6 різних соматичних симптомів у двох або більше різних системах органів тривалістю не менше двох років
        - Найважча форма соматоформних розладів

        - Поширеність 0,2–2%, майже виключно у жінок
    - Недиференційований соматоформний розлад (F45.1)
        - Всі критерії соматизованого розладу не виконуються.
        - Поширеність 8%
    - Конверсійний розлад (F44.4–F44.7)
        - Один або кілька дисоціативних симптомів, що впливають на моторну або сенсорну функцію, наприклад, параліч, втрата голосу, сліпота, глухота і судоми
        - Часто пов'язані з травматичними подіями.
        - Поширеність становить 1–3% серед пацієнтів первинної ланки медичної допомоги, у 2–10 разів частіше зустрічається у жінок, ніж у чоловіків
    - Іпохондричний розлад і дисморфічний розлад тіла (F45.2)
        - Постійний страх захворіти, віра в хворобу або дефект фізичних властивостей, або надмірне занепокоєння зовнішнім виглядом
        - Поширеність: іпохондрія 2–7%, дисморфічний розлад тіла 1–2% серед пацієнтів, які перенесли пластичну операцію 6–15%
    - Соматоформні вегетативні дисфункції (F45.3)
        - Збудження щонайменше однієї системи органів, яка знаходиться під вегетативним контролем, і щонайменше два вегетативні симптоми (наприклад, серцебиття, пітливість, сухість у роті або неспецифічний епігастральний дискомфорт) і, крім того, щонайменше один інший симптом, який є більш неспецифічним, наприклад, подразнений кишечник (у 10% пацієнтів) або гіпервентиляція
    - Стійкі соматоформні больові розлади (F45.4)
        - Біль, що вимагає клінічної уваги, в одній або декількох ділянках тіла
        - Поширеність: хронічний біль у 10% загальної популяції
    - Інші та неуточнені соматоформні розлади (F45.8, F45.9)
        - Наприклад, психогенна дисменорея, психогенний головний біль
        - Поширеність: хронічний головний біль у 5% населення; показник виникнення головного болю хоча б один раз у житті може досягати 80%.

- В останній редакції «Діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів» (DSM-5, 2013), розробленого Американською психіатричною асоціацією, колишня діагностична група соматоформних розладів замінена назвою «Соматичні симптоми (і пов'язані з ними) розлади».
    - Діагностичні критерії більше не тягнуть за собою виключення соматичних захворювань, але важливо оцінити інтенсивність і/або доречність думок, емоцій і поведінки, викликаних соматичними симптомами у пацієнта. Ця зміна також у ширшому сенсі підкреслює важливість розпізнавання та лікування психічних проблем у пацієнтів з соматичними захворюваннями.

Неврастенія (включає синдром хронічної втоми)

- Непропорційно підвищена стомлюваність після незначних психічних або фізичних зусиль і, крім того, ще один соматичний симптом (F48.0)
    - Поширеність синдрому хронічної втоми [настанова 00787|Втома] у загальній популяції становить 0,2%, в чотири рази частіше зустрічається у жінок.

Психологічні фактори, що впливають на фізичні розлади

- Фізичний розлад, що був діагностований у пацієнта, пов'язаний з психологічними чи поведінковими факторами, які можуть відігравати певну роль в етіології та клінічному перебігу захворювання (F54).
    - Наприклад, загострення астми, що пов'язане зі стресом J45/F54.

Диференціальний діагноз

- Фізичні розлади (раніше не визнані)
    - Через декілька років після діагностики соматоформного розладу у 2–10% пацієнтів виявлено фізичний розлад, який пояснює соматичні симптоми.
    - Багато фізичних розладів (наприклад, епілепсія, розсіяний склероз) схильні до соматизації.
        - Адекватні соматичні дослідження

        - Ятрогенії слід уникати.
- Депресивні розлади
    - Великий депресивний розлад може проявлятися, наприклад, як больовий синдром або стан фізичної втоми ("маскована депресія").
    - Приблизно одна чверть тих, хто має хронічний больовий синдром, відповідає діагностичним критеріям великого депресивного розладу.
    - Приблизно 50% пацієнтів з великим депресивним розладом, які звертаються за допомогою за первинною медичною допомогою, скаржаться на соматичні симптоми.
    - У двох із трьох пацієнтів з депресією спостерігається докучливий біль.
- Тривожні розлади
    - Особливо при панічних розладах і генералізованих тривожних розладах у пацієнта можуть проявлятися симптоми, пов'язані з гіперактивністю вегетативної нервової системи (гіпервентиляція, серцебиття, біль у грудях, задишка, запаморочення, слабкість, пітливість).
    - У пацієнта з посттравматичним стресовим розладом [настанова 00734|Acute stress reaction an…] можуть проявлятися симптоми надмірної настороженості, проблеми пам'яті, соматичні прояви тривоги, диссоціативні симптоми.
- Інші психічні захворювання та симуляція
    - Психотичні розлади
        - Психотичний розлад може бути пов'язаний з соматичними маренням, наприклад переконаннями у поганому запаху або черв'яках, які живуть під шкірою.
    - Симулятивний розлад (F68.1)
        - Характеризується навмисним симулюванням соматичних або психічних симптомів/ознак. Основною метою (головним чином, несвідомо) людини є прийняття ролі хворого.
    - Симуляція (Z76.5)
        - Не класифікується як психічний розлад
        - Симулянт прагне свідомо отримати особисту вигоду від своїх симптомів.

Пов'язані розлади

- Розлади настрою і тривожні розлади
    - Депресивні або тривожні розлади зустрічаються у зв'язку з соматоформними розладами у 50% пацієнтів, що становить більше, ніж середнє число випадків, що спостерігаються при хронічних фізичних станах.
    - Депресія і тривога подовжують і ще більше підвищують схильність пацієнта до соматизації.
- Інші соматоформні розлади
    - Часто пацієнт з одним соматоформним розладом також відповідає діагностичним критеріям іншого соматоформного розладу.

Етіологія

- Особисті фактори
    - Фізіологічні механізми
        - Гіперактивація вегетативної нервової системи або гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, м'язова ригідність, гіпервентиляція, сидячий спосіб життя, соматичні хвороби у минулому та у теперішній час.
    - Генетичні фактори
    - Фактори, що пов'язані з розвитком та навчанням
        - Нехтування, сексуальне та фізичне насильство, хвороби батьків та хвороблива поведінка
    - Когнітивний стиль, те, як людина обробляє інформацію
        - Спостереження за фізичними відчуттями та їх інтерпретація як катастрофи
    - Психодинамічні фактори
        - Соматичні симптоми можуть являти собою емоційне страждання або психічний конфлікт, який людина не може описати усно (алекситимія), або соматичні симптоми є проявом спроби відновити фрагментоване самосприйняття (самопсихологія).
    - Особистісні риси і особливості
        - Низька самооцінка, песимізм
        - Нездатність висловити емоції (алекситимія)
        - Схильний до самоконтролю

- Соціокультурні фактори
    - Існують культурні відмінності в поширеності соматизованих розладів.
    - Соматоформні розлади частіше зустрічаються в суспільствах, де психічні розлади розглядаються як «стигматизація».
- Ятрогенні фактори
    - Надмірні дослідження без належного лікування можуть посилити прояви соматизації.
    - Виплати компенсації через фізичний стан здоров’я можуть виступати в якості підсилюючих факторів для соматизації.

Перебіг хвороби та її вплив на якість життя та функціональні можливості

- Під час життєвої кризи перебіжні симптоми, схожі на соматизацію, можуть виникати практично у будь-кого.
- Соматоформні розлади зазвичай починаються в підлітковому віці або молодості. Тяжкість розладів може коливатися з часом.
- Пацієнти з соматоформними симптомами, як правило, намагаються проходити медичні дослідження, але звертаються за психіатричним лікуванням у поодиноких випадках і можуть навіть протистояти направленню на таке лікування.
- Дослідження показало, що пацієнти з найбільш вираженою соматизацією (максимум 14% в анкеті з оцінки соматизації) мали більш високі показники використання медичного обслуговування, ніж всі інші пацієнти в дослідженні.
- Багато пацієнтів з соматоформними розладами (30%) сприймають якість свого життя як низьку, а функціональні можливості деяких (10%) можуть бути гіршими, ніж у пацієнтів з хронічними фізичними станами.
- При оцінці працездатності пацієнта та доцільності реабілітації, замість зосередження на дефіциті даних фізичного огляду, слід звернути увагу на таке: можливість супутньої депресії та її лікування та реабілітації, можливе виснаження, загальне здоров'я пацієнта, особистість і життєву ситуацію.
- Доцільно отримати комплексний психологічний чи психіатричний висновок вже на ранніх стадіях оцінки працездатності.

Інтерв'ю та обстеження

- Прийом повинен бути достатньо довгим, щоб пацієнт мав можливість говорити про свої соматичні симптоми і відчувати, що його/її слухають і сприймають серйозно. Це також полегшить розмову про поточну життєву ситуацію. Якими є основні симптоми або головне занепокоєння пацієнта? Які фактори вплинули на початок, подовження або загострення симптомів? Які фактори пом'якшують симптоми?
- Психосоціальні стресові фактори на теперішній час та у минулому, які або передували прояву симптомів або сприяли виникненню симптомів (див. Етіологію) у хворого
    - Лікар може висунути приклади розповсюджених ситуацій, коли стрес викликає соматичні симптоми (наприклад, головний біль напруги, гіпервентиляцію).
- Важливі людські відносини (від дитинства до теперішнього часу) слід обговорювати разом з будь-якими пов'язаними з ними турботами, проблемами і, з іншого боку, будь-якою підтримкою, що отримана завдяки цим відносинам.
- Як впливали симптоми на якість життя та функціональні можливості (навчання, роботу, соціальні відносини)?
- Тенденцію до соматизації можна досліджувати шляхом перегляду історії хвороби пацієнта щодо всіх систем органів, починаючи з дитинства. Дізнайтеся, як симптоми впливають на функціональну здатність і яке лікування у зв’язку з ними застосовується.
- Всі попередні клінічні та лабораторні дослідження повинні бути ретельно вивчені до того, як будуть замовлені нові дослідження.
- Лікар повинен завжди особисто проводити фізикальне обстеження. Лабораторні дослідження призначаються лише у відповідності з об'єктивними даними.
- Чи є ознаки психічної коморбідності (депресивні та тривожні розлади)? Можна використовувати інструменти скринінгу.
- Яким є враження пацієнта про причини та значення симптомів? Чи відрізняється воно від погляду лікаря?
- Доцільно, щоб під час обстеження лікар не висував власну інтерпретацію етіології.

Лікування - загальні принципи

- Враховуючи те, що пацієнт сприймає свої симптоми як органічну основу, лікар загальної практики або інший лікар з досвідом соматичних хвороб, як правило, найбільшою мірою придатний до того, щоб нести повну відповідальність за догляд.
- Коли пацієнт готовий до психіатричного лікування, психіатричне відділення має бути готовим взяти на себе основну відповідальність за лікування. Для цієї мети придатні відділення загальної психіатрії у складі лікарень.
- Хороші відносини є невід'ємною частиною лікування (психоосвіти і підтримуючої психотерапії).
- Медичний досвід необхідний для того, щоб мати можливість заспокоїти пацієнта, скоригувати неправильне сприйняття про хвороби та надати належну інформацію.
- Вислухування з інтересом і виявлення розуміння створюють атмосферу довіри. Це також сприятиме поступовому введенню в розмову більш чутливих питань, крім симптомів.
- До симптомів пацієнта необхідно ставитися як до «реальних». Якщо тільки стверджується, що немає приводу для занепокоєння, пацієнт залишиться розчарованим і шукатиме допомоги в іншому місці.
- Пацієнт повинен пройти один комплексний і ретельний огляд. Крім того, слід уникати непотрібних фізичних обстежень.
- Заспокоєння: обговоріть побоювання пацієнта (наприклад, страх перед раком). Заохочуйте пацієнта висловити свої думки та почуття щодо симптомів, які спостерігаються зараз та спостерігалися раніше. У гострій фазі пацієнта можна запевнити, що жодних серйозних причин для виникнення симптомів не знайдено, і вони з часом будуть поліпшуватися.
- Пояснення: психологічні і біологічні аспекти повинні бути включені. Необґрунтовані діагнози можуть лише сприяти прояву симптомів. Краще визнати певний ступінь невизначеності. Однак метою є знайти пояснювальну модель симптомів, що прийнятна для пацієнта; необхідно об'єднати фізичні чинники та чинники, що стосуються нинішньої життєвої ситуації.
- План наступних дій визначається разом з пацієнтом. Він може складатися з механізмів психологічної адаптації, а не повного вилікування.
- Регулярні спостереження спочатку проводяться частіше

- Під час наступного візиту симптоми обговорюються у стислій формі. У центрі уваги розмови повинно бути те, як пацієнт адаптується до симптомів. Чи є щось, що погіршило або покращило ситуацію?
- Метою є підтримка та висвітлення особистих сильних сторін та навичок пацієнта.
- Необхідно уникати зайвих ліків. Застосування усіх ліків, які можуть призвести до залежності, слід поступово зменшувати або навіть повністю відміняти.
- Соматизовані пацієнти часто вимогливі, і багато хто з них висуває претензії і виявляє поведінку, мета якої — привернути до себе увагу. Може бути корисним спочатку частково задовольнити побажання пацієнта, при цьому встановивши, наприклад, обмеження на кількість дозволених телефонних дзвінків і тривалість відвідувань.
- Пацієнти можуть бути незадоволені та розчаровані. Розмова про розбіжності в розумінні іноді може допомогти уникнути погіршення ситуації.
- Щоб уникнути виснаження, лікар може об'єднатися з медичною сестрою або працівником патронажної служби, з яким він/вона знайомі за професійною діяльністю.
- З часом консультація з психіатром може стати можливою. Це слід особливо враховувати у випадках, коли діагноз залишається невизначеним, лікування не допомагає, або пацієнт має суттєві супутні психічні розлади.
- Стосунки з метою лікування з лікарем загальної практики повинні продовжуватися навіть після того, як пацієнт був направлений до психіатра.
- Іноді, у надзвичайних обставинах, можуть бути показані короткі лікарняні листи, особливо під час складних життєвих ситуацій.

Фармакотерапія [доказ 07376 ID]

- В основному медикаментозну терапію для соматизованого пацієнта слід розглядати з метою лікування супутніх психічних розладів (наприклад, тривоги, депресії).
- У деяких дослідженнях був відмічений позитивний ефект антидепресантів (селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну - SSRI), наприклад, при лікуванні соматоформних розладів.
- Фармакотерапію слід поєднувати з оцінкою психічного стану.

- Прийом для наступного контролю за медикаментозним лікуванням слід організувати таким чином, щоб обговорювалися не тільки ліки, але також залишався час для обговорення психосоціальних питань.

Психотерапія

- Когнітивно-поведінкова терапія [доказ 07367|B]
    - Може бути корисною когнітивна поведінкова терапія, яка проводиться як індивідуальна або групова терапія [доказ 05833|C].
    - Дослідить з пацієнтом фактори, які підтримують його/її фіксацію на проблемах здоров'я, реакції уникнення, віру в існування хвороб і неправильне тлумачення симптомів. Такий підхід спрямований на зміну хворобливої поведінки особи. У багатьох випадках пацієнт приймає направлення на когнітивно-поведінкову терапію ще з більшим ентузіазмом, ніж на медикаментозне лікування.
- Терапія травми, коли встановлена тяжка форма травматизації хворого.
- Сугестивна терапія та динамічна індивідуальна або групова терапія.
    - Гіпноз використовується у діагностиці та лікуванні конверсійних розладів.
    - Іноді інтенсивна психодинамічна терапія може розглядатися при лікуванні конверсійного розладу.
    - Парна терапія та сімейна терапія може бути корисною (якщо симптоми явно є частиною сімейних проблем).
- Інше немедикаментозне лікування
    - Поступове і контрольоване збільшення фізичного навантаження часто є найкращою формою лікування при синдромі хронічної втоми. Стан пацієнта в його найгірші дні слід вважати вихідним рівнем.
    - Фізиотерапія може бути необхідною при конверсійному розладі, якщо пацієнт залишається нерухомим протягом тривалого часу, а іноді її може бути достатньо в якості єдиного способу лікування в гострих випадках. Психофізична фізіотерапія працює як зв'язок між психологічним та соматичним лікуванням.
    - Методи релаксації, навчання застосуванню біологічного зворотного зв'язку та медитація є відповідними додатковими методами лікування.

Пов'язані ресурси

- Література [пов'язані 00321|A patient with psychosom…]

Настанови

- Настанова 00787. Втома.
- Настанова 00734. Acute stress reaction and post-traumatic stress disorder.

Доказові огляди Duodecim

- Доказовий огляд 07376. Pharmacological interventions for somatoform disorders in adults.
  Дата оновлення: 2015-05-25
  Рівень доказовості: D
  Резюме: New generation antibiotics and natural products seem to have limited effect in treating somatoform symptoms in adults when compared with placebo, but the efficacy of new generation antibiotics must be balanced against the relatively high rates of adverse effects.
- Доказовий огляд 07367. Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults.
  Дата оновлення: 2015-03-25
  Рівень доказовості: B
  Резюме: Psychological therapies appear to be superior to usual care or waiting list in terms of reduction of symptom severity in somatoform disorders.
- Доказовий огляд 05833. Psychotherapies for hypochondriasis.
  Дата оновлення: 2008-02-05
  Рівень доказовості: C
  Резюме: Cognitive therapy, behavioural therapy, cognitive behavioural therapy and behavioural stress management may be effective in reducing symptoms of hypochondriasis.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.
Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.
Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00709 Ключ сортування: 035.007 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англомовного оригіналу: 2017-08-24

Автор(и): Antero LeppävuoriSami Räsänen Автор(и) попередніх версій статті: Matti O.HuttunenSami Pirkola
Редактор(и): Sari Atula Лінгвіст(и)-консультант(и) англомовної версії: Kristian Lampe
Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії
EBM Guidelines Psychiatry Internal medicine

Ключові слова індексу
mesh: psychosomatic medicine mesh: psychophysiologic disorders psychosomatic symptoms psychosomatics

psychosomatic Somatisation Somatization mesh: Conversion Disorder mesh: Panic Disorder mesh: Sick Leave mesh: Hysteria mesh: Depression mesh: chronic pain syndrome mesh: Hypochondriasis mesh: Psychotherapy mesh: alexithymia mesh: major depressive disorder mesh: Bereavement mesh: Munchausen Syndrome mesh: somatic symptom mesh: inability to work icpc-2: A26 icpc-2: A27 icpc-2: B26 icpc-2: B27 icpc-2: D26 icpc-2: D27 icpc-2: F27 icpc-2: H27 speciality: Internal medicine icpc-2: K24 icpc-2: K25 icpc-2: K27 icpc-2: L26 icpc-2: L27 icpc-2: N26 icpc-2: N27 icpc-2: P29 icpc-2: P75 icpc-2: P80 speciality: Psychiatry icpc-2: R26 icpc-2: R27 icpc-2: S26 icpc-2: S27 icpc-2: T26 icpc-2: T27 icpc-2: U26 icpc-2: U27 icpc-2: W27 icpc-2: X25 icpc-2: X26 icpc-2: X27 icpc-2: Y26 icpc-2: Y27