

Соматический дистресс-синдром в МКБ-11: проблемы и перспективы

Полемику о нозологической принадлежности психосоматических расстройств можно назвать традиционной для психиатрии [1], при этом типология указанных состояний в диагностических систематиках МКБ-10 и DSM-IV существенно не отличается от тех, что приводились в предыдущих версиях [2], различия значительно не отличаются и критические замечания применимы к обеим классификационным системами касаются, как правило, их использования в клинической практике. Речь идет о низкой распространенности основных диагностических категорий как в популяции, так и в общемедицинской практике и, очевидно, недостаточная диагностическая надежность [3].

Ведущая диагностическая особенность указанных расстройств (возникновение их без какой-либо физической или ятрогенной причины) более других подвергается критике вследствие беспредметности и расплывчатости жалоб и такой нозологической проблемы, как постановка диагноза на основании отсутствия признака, а не его наличия [4]. Явление озабоченности тяжелой соматической патологией нередко стигматизируется, выставляется постыдным и создает, тем самым, проблемы при оказании помощи. Некоторые пациенты возражают против термина «соматоформный», который, как они думают, свидетельствует лишь о том, что их жалобы клинически незначимы и находятся «в их голове», а не в реальности. Помимо этого, упоминание об отсутствии физикально под том, что жалобы не находят подтверждения с помощью физикальных методов обследования часто запускает механизм защиты по типу отрицания проблемы.

С целью оптимизации окончательной редакции МКБ-11 Всемирной Ассамблеей Здравоохранения к 2018 году, ВОЗ создала Международную Консультативную Группу [5] по соматическому дистрессу и диссоциативным расстройствам, которая наделена полномочиями (наряду с решением других задач) предложить изменения в раздел соматоформных расстройств МКБ-10.

Рабочими группами разработана новая, значительно упрощенная категоризация соматизированных и соматоформных расстройств, которая, по сути, объединила в один регистр все соматоформные расстройства (F 45.0) и неврастению (F 48.0) в классификации МКБ-10. Единственная категория состояний исключена из новой классификации соматических дистресс-расстройств – это ипохондрия (F 45.2).

В новой классификации расстройства телесных ощущений (соматическое дистресс-расстройство) определяется как «характеризующиеся присутствием телесных симптомов, мучительных для конкретного пациента, чрезмерно захватывающих его внимание и обостряющихся при повторном общении с лицами, оказывающими медицинскую помощь. Если состояние обусловлено или спровоцировано соматическими симптомами, уровень внимания к нему отчетливо излишний в связи с проявлениями и прогрессированием. Повышенное внимание не уменьшается ни проведением соответствующего клинического обследования, ни исследованиями, ни адекватным переубеждением. Телесные симптомы и связанное с ними беспокойство постоянны, присутствуют большинство дней

по на протяжении, по меньшей мере, нескольких месяцев и связаны со значительным нарушением в личной, семейной, социальной, учебной, профессиональной и других важных областях функционирования. Обычно расстройство включает множество телесных симптомов, которые могут изменяться время от времени. Редко присутствует один симптом – обычно боль или усталость – который ассоциируется с другими проявлениями расстройства» (это предложенное короткое определение для расстройства телесных ощущений; для формата МКБ-11 диагностическое руководство см. First et al. [6]).

Учитывая критические замечания, полученные при разработке DSM-V, Консультативная Группа предлагает обозначить эту категорию «психосоматические расстройства», прототипическим состоянием для которой являются симптомы соматических заболеваний. Хотя диагноз может быть поставлен при «одном и более соматическом симптоме», тем не менее он предполагает, что «излишние размышления, чувства и поведения связаны с соматическими симптомами или ассоциированы с проблемами со здоровьем». Следует подчеркнуть, что для диагностики расстройства, связанные с соматическими расстройствами необходимо постоянное наличие, по меньшей мере, одного из трех психопатологических критериев: тревога о здоровье, диспропорциональные и постоянные переживания о тяжести симптомов, и чрезмерная трата времени и энергии на симптомы или переживания о здоровье.

Предложенные клинические категории (соматический дистресс-синдром и психосоматические расстройства) отличаются от предыдущих версий соматизированных расстройств тем, что устранено противоречие между ожидаемыми с медицинской точки зрения и необоснованными жалобами. С другой стороны, в настоящее время существуют отдельные психологические признаки, необходимые для обоснования диагноза. Пересмотр классификации, таким образом, предлагает решение проблемы констатации факта соматоформных расстройств на основе отсутствия физических или медицинских причин, посредством выделения компонентов, которые присутствуют – беспокойность, чрезмерные мысли и поведение [7].

Отказ от такого критерия как «необъяснимость с точки зрения медицины» не проходит без последствий и подвергает критике диагноз психосоматических расстройств. Вполне оправдана полемика о вероятности стигматизации пациентов с обоснованными соматическими жалобами, рискующих быть неверно диагностированы психиатрически в условиях соматического стационара [8]. Развеять эти опасения может предложенный критерий «соматическое заболевание является причиной или способствует симптомам, уровень внимания отчетливо выше относительно обусловленного природой и динамикой заболевания».

Отдельный соматический симптом может при-вести к постановке диагноза соматического дистресс-расстройства или психосоматического расстройства. Обоснованием предложенных изменений служит тот факт, что отдельный симптом, например, боль, иногда может вызвана множеством осложнений и встречается довольно часто, и, возможно, наконец будет поставлена точка в том, что уменьшение порога диагностики может привести к диагностике психических расстройств у здоровых лиц [8]. Включение психологических критериев и учет снижения уровня функционирования призваны исключить это. Кроме того, в диагностическом руководстве приводится подробная информация о дифференциальной диагностике соматиче-

ских (и не требующих специализированной помощи) и психосоматических расстройств.

Существенным отличием между предложенными в МКБ-11 и DSM-V подходами, заключающееся в обозначении прототипического расстройства. В то время как в DSM-V сохраняется термин «соматический», предложенная в МКБ-11 категория исключает использование этого термина совсем. Отсутствие такого обозначения поможет предотвратить риск негативных коннотаций и неверных толкований, а более «описательное» название, избегание термина «соматический» может оказаться более подходящим и для пациентов и для врачей.

Ипохондрия (или тревога о здоровье) в DSM-V включена в кластер соматических симптомов и связанных с ними расстройств, тогда как в МКБ-11 предполагается отнести ее в группу обсессивно-компульсивных расстройств. Позиция DSM-V поддерживается очевидной коморбидностью ипохондрии с соматизированными расстройствами и общностью когнитивных перцептивных стилей этих состояний. С другой стороны, позиция Рабочей группы МКБ-11 поддерживается научными публикациями в которых приводятся доказательства рецидивирующего течения и особенностями поведения, а также наличия паттернов нейтральной активизации воображения при ипохондрии [1]. Кроме того, установлено, что в отличие от соматизированных расстройств, ипохондрия отвечает на лечение, применимое при обсессивно-компульсивном расстройстве [9].

Новые предложения концептуализации психо-соматических расстройств планомерно подтверждаются проводимыми исследованиями, включая как инновационные методы, в которых участвуют врачи, зарегистрированные в Международной Сети Клинической Практики (<http://gcp.network>), так и традиционные клинические исследования. Есть надежда, что сделанные выводы современных разработок в этой области обеспечат возможности для оптимизации эффективной и обоснованной классификации тяжелых соматических расстройств в МКБ-11 Ассамблеей психического здоровья.

Oye Gureje¹, Geoffrey M. Reed²

¹WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health, Neuroscience and Substance Abuse, Department of Psychiatry, University of Ibadan, Ibadan, Nigeria;

²World Health Organization, Geneva, Switzerland and School of Psychology, Universidad Nacional Autonoma de Mexico, Mexico City, Mexico.

Перевод: Шишкина О.А.

Редактура: к.м.н. Захарова Н.В.

(World Psychiatry 2016; 3: 291-292)

Библиография

1. Gureje O. Curr Opin Psychiatry 2015;5:345–9.
2. Mayou R, Kirmayer LJ, Simon G et al. Am J Psychiatry 2005;162:847-55.
3. Greed F, Gureje O. Int Rev Psychiatry 2012;24:556-67.
4. Voigt K, Nagel A, Meyer B et al. J Psychosom Res 2010;68:403-14.
5. International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. World Psychiatry 2011;10:86-92.
6. First MB, Reed GM, Saxena S et al. World Psychiatry 2015;14:82-90.
7. Rief W, Martin A. Annu Rev Clin Psychol 2014;10:339-67.
8. Frances A. J Nerv Ment Dis 2013;201:530-1.
9. Greeven A, Van Balkom AJ, Visser S et al. Am J Psychiatry 2007;164:91-9.