

СОЦІАЛЬНЕ НАВАНТАЖЕННЯ як причина і запобіжник соматизації

О.П. Романів, К.М. Погоріляк,
Державний вищий навчальний заклад
«Ужгородський національний університет»,
м. Ужгород

Пацієнт Д., 37 років, звернувся на прийом до психіатра зі скаргами на відчуття постійного дискомфорту та періодичних нападів гострого болю в животі, що, на його думку, спричинено «поганим станом» шлунка та підшлункової залози, зокрема «може й раком»; також він констатував такі ознаки, як дратівливість, неспокій, тривога і напливи невідчепних думок песимістичного змісту про власний стан здоров'я. Він повідомив, що детальне лабораторне та інструментальне обстеження щодо наявності соматичних захворювань об'єктивної причини його страждань не виявило.

Анамнез життя

Народився від здорової вагітності у фізіологічних неускладнених пологах. Ріс та розвивався відповідно до віку. Важких захворювань не було. У дитинстві пам'ятає період, коли мав проблему в експресивному мовленні у вигляді заїкання, що пов'язує з переляком, а також із можливим копіюванням цього явища від особи з близького кола знайомих (після припинення контактування з ним заїкання припинилось). Навчання в школі давалось легко, вчився на 4–5 за 5-бальною системою оцінювання, був популярним та активним хлопцем, виявляв лідерські та «чудові» організаційні здібності, мав шану серед учнів та вчителів. Завжди намагався здобути гарне соціальне положення та турбувався про враження, яке справляв на оточуючих.

По закінченні ЗОШ вступив до юридичного факультету університету в Києві, який закінчив із дипломом спеціаліста. Влаштувався на роботу помічником адвоката, але така діяльність була швидше «формальною необхідністю для випускника вишу». Додатково займався бізнесом у торговельній сфері. Одружився, невдовзі народилась донька. 2005 року був запрошений на роботу держслужбовцем на «гарну посаду». Паралельно займався політикою, був депутатом районної ради. Того ж року отримав підвищення, обійнявши керівну посаду.

Зміна політичної ситуації в країні 2010 року внесла серйозні корективи в суспільно-політичне життя

пацієнта та позначилася на його професійній зайнятості та власному бізнесі, що потребувало від пацієнта істотного збільшення інтенсивності та часу активної роботи із залученням усіх доступних ресурсів як внутрішніх, так і зовнішніх. На той час вдруге завагітніла дружина, яка через напружену роботу в сімейному бізнесі дізналась про свій стан майже в кінці першого триместру. Вона не повідомила відразу про це чоловікові, не бажаючи збільшувати навантаження на нього.

Наразі пацієнт проживає з дружиною та двома дітьми, взаємини в родині вважає гармонійними і комфортними. Стосунки з дружиною назвав «чудовими» і стабільними. Також повідомив, що на момент звернення за допомогою фінансове, соціальне та професійне становище є цілком задовільним і прийнятним.

Анамнез захворювання

Уперше проблеми зі станом здоров'я виникли восени 2007 р., коли після чергового святкування політичних успіхів о третій годині ночі підвищився рівень артеріального тиску із тахікардією і «тремтінням усього тіла», що «дуже налякало» пацієнта. Рідні викликали швидку медичну допомогу, але від лікування він відмовився, оскільки відчув покращання стану вже після склянки солодкого чаю. За кілька днів після цього нападу, перебуваючи у відрядженні у зв'язку з політичною діяльністю у м. Вінниця, пацієнт в ургентному порядку був госпіталізований із приводу гострого апендициту для лапароскопічного втручання; при поверненні додому через погане самопочуття був змушений передчасно зійти з потяга в м. Стрий, але за декілька годин повернувся додому.

Притримувався після лапароскопії дієти, але страждав на діарею, що призвело до зневоднення та значного схуднення зі 105 до 77 кг. Через це почав переживати за стан власного здоров'я: можливе раптове погіршення або розвиток «страшних» хвороб, згадував та пов'язував між собою факти онкологічних захворювань у сімейному колі. На цей час відчув проблеми зі сном (утруднення засинання, прокидання серед ночі з тривожними думками),

зниження настрою, неприємне відчуття відсутності будь-якого задоволення від життя та постійну тривогу про свій фізичний стан. Крім того, були неприємні, надокучливі, турботні думки про незрозуміле підвищення діастази, суттєве схуднення без очевидної для самого пацієнта причини, проблеми зі шлунком та підшлунковою залозою зі страхом больових ознак і ймовірною загрозою раку підшлункової. Натомість почав часто відвідувати лікаря й телефонувати йому, мав повторні обстеження ШКТ, консультації спеціалістів різного профілю.

Описав випадок, коли його лікуючому лікарю потрібно було докласти значних зусиль, щоб відмовити від небажаного діагностичного, достатньо болючого, обстеження через відсутність відповідних для цього показань. Вищезазначені симптоми призвели до виникнення проблем вдома, а також у професійному та соціальному оточенні, наростало напруження в сім'ї. Через те що пацієнт не міг приділити необхідну увагу справам, то значну частину його обов'язків дружина перебрала на себе.

Періодично повторювались напади тривоги, страху та занепокоєння, що супроводжувались сильним серцебиттям, підвищеною пітливістю, жаром, тремтінням, дискомфортом у грудях, задишкою та нестачею повітря, діареєю, страхом смерті тривалістю приблизно 15 хвилин. Зазначені ознаки не були спровоковані жодними обставинами і проходили самотужки. Оскільки з'явився страх їх повторення у майбутньому, пацієнт потребував постійного перебування рідних біля нього, а у разі виникнення згаданих симптомів негайно звертався до лікаря. З приводу фізичного дискомфорту в тілі (болі, схуднення, загальна слабкість) багаторазово обстежувався в спеціалістів різних профілів та рівнів надання допомоги, але клінічно значущих відхилень від норми виявлено не було. Тоді вперше вдався приватно за консультацією до психіатра в м. Київ, у різний час отримував такі призначення: тіорідазин, сульпірид, гліцин, агонелатин, але лікування системно не застосував через ризик розвитку побічних дій.

2010 року на тлі зміни політичної ситуації в країні (макрорівень) і вагітності дружини (мікрорівень) пацієнт істотно збільшив за інтенсивністю і часом своє робоче навантаження, що призвело до зменшення його фіксації на власному стані здоров'я і значної редукції симптомів іпохондричного та невротичного характеру.

Значне погіршення фізичного стану пацієнт помітив із осені 2016 р. у вигляді відновлення періодичного болю в навколупупкової ділянці, дискомфорту в животі, схуднення з 81 до 76 кг, а також порушень сну, зокрема виникнення ознак утрудненого засинання та частих нічних прокидань (зменшення загальної тривалості сну на дві години), надокучливих неприємних думок іпохондричного змісту, канцерофобічних переживань, зниження настрою, втрати минулих зацікавленостей та очікуваного задоволення від приємних подій. Крім цього, він зазначав знижену працездатність, труднощі в починанні

справ, зменшення здатності концентрувати та утримувати увагу, почав відчувати загальну слабкість та дефіцит енергії зранку. Звертався з приводу вказаних симптомів до різнопрофільних спеціалістів, зокрема до психіатра, який призначив йому міртазапін, однак клієнт приймав його в субтерапевтичних дозах не систематично.

Психічний статус

Загальний стан пацієнта середнього ступеня важкості. Під час розмови спокійний, інтонація монотонна, тембр голосу рівний, скарги висловлює бідно, розкривається неохоче, лише за наполяганням дружини. Хід процесів мислення сповільнений, час від часу застрягає на переживаннях щодо стану свого здоров'я, що вимагає зусиль до захоплення та структурування в проведенні психодіагностичного інтерв'ю. Виважений у поведінці, емоційної лабільності та виразних афективних реакцій не продемонстрував, наявний руховий неспокій, що відображає тривожність.

У процесі оцінювання нейрокогнітивного функціонування виявлено: рівень концентрації та утримання уваги на нижній межі норми, швидкість обробки інформації знижена вторинно (через уповільнення процесів мислення), логікоматематичний аналіз та абстрагування без порушень, рівень вербального розуміння знижений вторинно, як і слідування за думкою співрозмовника через знижену здатність до концентрації та утримання уваги.

Психодіагностичне обстеження

За даними короткого міжнародного нейропсихіатричного опитувальника (M.I.N.I.), виконуються критерії обсессивно-компульсивного розладу; великого депресивного епізоду; панічного розладу (протягом життя); частково – критерії генералізованого тривожного розладу. Органічна причина може бути виключена. Суїцидальні думки, наміри, спроби на момент обстеження і в минулому категорично заперечив. Результат за шкалою депресії Монтгомері-Асберга (MADRS) становить 33 бали, що відповідає критеріям помірної депресії; за шкалою манії Янга (YMRS) – 4 бали, що є варіантом норми; за шкалою тривоги Бека – 17 балів, що свідчить про середній рівень тривоги. Дані за шкалою оцінки тяжкості суїциду Колумбійського університету (C-SSRS) констатують відсутність суїцидальних думок, намірів та спроб на момент обстеження і в минулому.

Профіль за Міннесотським багатоаспектним особистісним опитувальником (MMPI) достовірний, пікоподібний. Підвищення за шкалами 1–4 в межах 70 T балів не дає змоги зробити висновок на користь певної акцентуації особистості, але свідчить про стан дезадаптації після психотравмуючої ситуації, складних життєвих обставин, фізичного нездужання. Пік за шкалою 2 є основним у даному профілі та вказує на клінічно виражену депресію (відображає рівень зниженого настрою, песимістичну налаштованість, занепокоєність власним становищем). Показник

за шкалою 4 вище 70 Т балів демонструє наявність ознак соціальної дезадаптації, конфліктність, агресивність, виражену імпульсивність, втрату контролю за власною поведінкою; причому пік за шкалою 2 згладжує прояви показника шкали 4. Пік за шкалою 1 віддзеркалює важкість адаптації після перенесеного психоемоційного напруження, проявляється як фіксованість на власному соматичному стані (іпохондричність) та ознаках догматизму, обережності. Поєднання піків 2–4 свідчить про схильність до самозвинувачення, самоприниження при порушенні прийнятих норм, або про болісно загострене почуття власної гідності. Поєднання піків 1–2 констатує наявність тривоги щодо стану власного здоров'я. Підтверджує нестійкість фону настрою, схильність до драматизації, чутливість пік за шкалою 3. Проте відсутність «конверсійної п'ятірки» в даному профілі заперечує конверсійну симптоматику (демонстрацію соматичних розладів для пояснення життєвих труднощів, нездатність виправдати очікування оточуючих, невідповідність власним вимогам). З огляду на отримані дані, був зроблений висновок: профіль достовірний; свідчить про рівень дезадаптації після психотравмуючої ситуації, складних життєвих обставин, фізичного нездужання. Наявні ознаки клінічно вираженої депресії.

Під час проведення тематичного апперцептивного тесту (ТАТ) досліджуваний перебував у напруженні, демонструючи спектр міміки та жестикуляції, що свідчать про значущий рівень тривоги, загального неспокою, настороженості до спілкування. Ставлення до тесту застережене, намагається запровадити свої правила. У процесі тестування рівень напруження досліджуваного знизився, став довірливим, виражено зацікавленим та захопленим. Тобто пацієнт продемонстрував здатність швидкого переходу в системі ідеалізація-знецінення-ідеалізація.

Зацікавлений у тестуванні, концентрує увагу, в перших ситуаційних задачах надає їх широкі описи, турбується про якісний та естетично привабливий варіант оформлення розповіді, намагаючись її насичити загальноприйнятими художніми зворотами, а також легше береться до розв'язання ситуаційних задач без прямого негативного емоційного або соціального навантаження. В середині та кінці тесту описи стають конкретнішими, чіткішими, позбавленими загальноописового художнього стилю оформлення та частіше є екстрапольованими. Такий тип роботи притаманний демонстративній особі з постійним власним надконтролем, що створює стійкий рівень фоновий тривожний напруження. Пацієнт когнітивно якісно осмислює власні переживання, простежується логічна побудова причинно-наслідкових зв'язків, проте допускає події та явища, яким не бачить реалістичного підґрунтя (а тому і не може пояснити їх сутність). Це відбувається через певне нерозуміння власних психологічних механізмів реагування. Емоційний фон вирізняється широкою амплітудою реакцій та легкою їх зміною за умови переінакшення актуальних ситуаційних задач. Нагальні

для себе теми (самоствердження та самоактуалізації) відображає через важливі життєві сфери – сім'я, робота, що проявляється вираженою стурбованістю щодо необхідності відповідати встановленому ідеалу у вказаних царинах; основні сили задля забезпечення цих потреб вкладає у формування зовнішньо привабливої (прийнятної для демонстрації) сторони.

Особа здатна високочутливо, але популярно застосовувати штучні психологічні дії та інтерпретації природних чинників із метою досягнення необхідних ресурсів задля втілення цих потреб (високий рівень ревалентності). Відмічається втому від напруження, бажання вирішити ситуацію (середній рівень ревалентності); винесення на перший план іпохондричних переживань і підсвідоме маскування високоревалентних уболівань (самоствердження та самоактуалізації) свідчить про потребу в проведенні психотерапевтичного втручання психосвітнього змісту.

Ставлення до себе та самооцінка достатньою мірою адекватні. Пацієнт вимогливий, постійно контролює рівень відповідності значущих особистісних характеристик бажаному, але не показує здатності поклатись на себе (що притаманно зрілій індивідуальності), прагматично встановити достатній бажаний рівень та відповідність своїх власних характеристик. Визначальною для пацієнта є структура зовнішнього середовища; картина світу сформована на підставі його життєвого досвіду. У персональних досягненнях покладається на особливі моменти в житті, які не є наслідком запланованих дій. Проте, розуміючи випадковість отриманих здобутків, пацієнт перебуває в стані вираженого напруження, тривоги щодо втрати одержаного. Був зроблений висновок, що через виражений рівень когнітивного напруження чоловік продемонстрував наявність невідчепних психологічно дискомфортних переживань щодо власної невідповідності реальному особисто створеному ідеалу, а також переживань, що надбані ним здобутки не є закономірними з погляду праця-нагорода, а ймовірніше – випадкові «подарунки долі», що прийшли неочікувано і так само раптово можуть зникнути.

Діагноз та його обґрунтування

Одночасно в пацієнта виконуються критерії декількох психічних розладів: obsesивно-компульсивного порушення (понад місяць турбують надмірні, неприємні, надокучливі, тривожні думки про існування проблеми зі шлунком та підшлунковою залозою); великого депресивного епізоду (протягом останніх двох тижнів простежується стан меншої зацікавленості до речей, які приносили насолоду раніше, коливання ваги, порушення сну у вигляді утрудненого засинання, пробудження серед ночі); генералізованого тривожного розладу (протягом останніх шести місяців виникало надмірне хвилювання та неспокій із приводу звичайних речей, дратівливість, проблеми зі сном); критерії панічного розладу протягом життя (восени 2007 року вперше з'явилися раптові неспровоковані напади тривоги та занепокоєння

тривалістю до 15 хв, що супроводжувались прискореним або сильним серцебиттям, підвищеною пітливістю, тремтінням, жаром, дискомфортом у грудях, раптовою діареєю, страхом смерті, які зникали самостійно; страх повторення нападів паніки, що порушували професійне та соціальне функціонування; вимога постійного перебування рідних біля нього). Неспецифічні думки про заподіяння собі шкоди на тлі больових відчуттів у мезогастрії. Суїцидальні думки, наміри, спроби в минулому спростовував.

Зважаючи на те, що на момент звернення за допомогою основними і найвиразнішими є ознаки тривоги і депресії, що проявлялися у вигляді психічних та соматичних симптомів; наявні нав'язливі іпохондричні думки щодо проблеми зі шлунком та підшлунковою залозою; в анамнезі напади паніки зі страхом їх повторення, був установлений діагноз: тривожно-депресивний розлад середнього ступеня важкості із соматичними симптомами, obsesивно-іпохондричний синдром; панічний розлад в анамнезі.

Лікування

Венлафаксин 150 мг/добу (титрування дози, починаючи з 37,5 мг двічі на добу протягом тижня), кветіапін 25 мг на ніч. Після трьох тижнів терапії пацієнт повідомив про покращення стану, після чого самостійно почав коригувати дозування вказаного препарату через побоювання ризику розвитку побічних симптомів, а згодом самостійно змінив антидепресант із венлафаксину на міртазапін, проте вже приймав його в терапевтичних дозах (30 мг/добу). Від психотерапії відмовився. Припинив політичну діяльність.

Обговорення і висновки

Розвиток хворобливого стану в пацієнта відповідав класичним етапам формування психосоматичного розладу. Первинними клінічними проявами були панічні атаки зі значним соматичним компонентом (підвищення АТ, загальне нездужання, симптоми гострого розладу ШКТ). Надалі соматичні симптоми стали способом розвантаження наявних упродовж довгого часу тривожних переживань obsesивного характеру, сформований механізм вивільнення яких виявився найбільш прийнятним для нього, тому що не псував його загальний зовнішній образ із важливим компонентом самоприйняття, необхідним для основної

зайнятості у вигляді політичної діяльності. В подальшому розвитку психосоматичного розладу чітко простежується залежність виразності соматичних проявів від ступеня залученості пацієнта до його політичної діяльності. Протягом часу «загального спокою», що сприймався як невизначеність, у клієнта зростала і досягала значного рівня тривога, напруження, що потребувало розвантаження, яке реалізовувалось вираженими порушеннями ШКТ (апендицит, гастроентерит, ентероколіти та інші симптоми розладу ШКТ). У періоди політичної нестабільності, коли пацієнту необхідно було мобілізуватись, тривожні переживання ставали менш актуальними, прагнення до розвантаження не було, відповідно і вираженість соматичних симптомів знижувалася.

Описаний клінічний випадок демонструє класичну картину розвитку і динаміки психосоматичного розладу, який потребує комплексного лікувального підходу в поєднанні психофармакотерапії, психосвіти, психотерапії та соціальної підтримки. Втім, незважаючи на достатній рівень освіченості та відносно високий соціальний статус пацієнта, не вдалося сформувати стійкий терапевтичний альянс щодо застосування комплексного лікування психосоматичного розладу.

Діагностика та терапія психосоматичних порушень є складним завданням для будь-якого лікаря. Насамперед необхідно чітко верифікувати етіопатогенез розладу, відмежувати від можливої імітації таких симптомів або їх психотичного сприйняття. До того ж важливим завданням є застосування моделі психоосвітньої роботи для пацієнта, тому що пояснення з точки зору природи соматичного розладу (причина-розвиток-нездужання) є зрозумілими та прийнятними, а з огляду на природу розвитку психосоматики пояснення часто є незрозумілими та не сприймаються пацієнтом. Як наслідок, призначення психотропних ліків без переконливої мотивації, досить імовірно, що буде сприйматися особою із сумнівом.

Таким чином, комплексна курація пацієнтів із психосоматичними розладами є нагальною потребою для психіатричної та загальносоматичної практики.

*Оригінальний текст документа читайте на сайті
<https://e-medjournal.com>*

*Психосоматична медицина та загальна практика. —
2017. — Т. 2, №2: e020228*