

СОМАТОФОРМНІ РОЗЛАДИ У ПОГРАНИЧНИХ (BORDERLINE) ПАЦІЄНТІВ (СТРУКТУРА ОСОБИСТОСТІ, СИНДРОМАЛЬНА ПРИНАЛЕЖНІСТЬ ТА СИНДРОМОСПЕЦИФІЧНЕ ЛІКУВАННЯ)

Р. В. Кечур, О. О. Фільц,
кафедра психіатрії та психотерапії факультету післядипломної освіти
Львівського державного медичного університету ім. Данила Галицького

Одним із найскладніших завдань сучасної психіатрії є дослідження психопатологічних станів, які імітують тілесну патологію. Впроваджені в систематику психічних хвороб ще з 1980 року (DSM-III) під назвою “соматоформні розлади” (СФР) тілесноподібні психопатологічні феномени досі залишаються слабким місцем сучасних клінічних концепцій. Дискусійність, а нерідко і гостра суперечливість у поглядах на СФР, віддзеркалюють швидкі зміни в їх кваліфікації представниками різних шкіл [2, 15, 20, 21, 22]. За останні двадцять років запропоновано щонайменше три клінічні парадигми тілесноподібних розладів: концепції “маскованої депресії” та алекситимії, а також психодинамічні теорії конверсії і соматизації [13, 17, 23]. Жодна з них, однак, нині не може повністю задовольнити потреб клінічної практики.

Актуальність теми. Згідно з епідеміологічними даними СФР трапляються в загальній медичній практиці від 20% до 60% випадків [9, 10]. Відсутність узгодженої кваліфікації цих розладів пояснюється рядом обставин, головною з яких є те, що пацієнти з СФР ще дотепер рідко звертаються по кваліфіковану психіатричну допомогу [7]. Досвід, однак, доводить, що хворі з розладами соматоформного типу хоча і запізнило (в середньому через 5–6 років), проте звертаються по допомогу до психіатрів [1].

При психопатологічному аналізі соматоформних станів найбільшої актуальності набувають порушення спеціального типу — хронічні психічні болі (ХПБ). Їх питома вага серед інших СФР, за даними різних авторів, сягає від 30 до 70% [19, 22]. До 1980 року, тобто до впровадження DSM-III, хронічний та резистентний до будь-якої знеболюючої терапії біль зараховували до розряду так званих неспецифічних функціональних альгій, місце яких у медичних систематиках не вдавалося встановити. Прицільні клініко-катамнестичні дослідження засвідчили, що хронічні психальгії слід відносити перш за все до розряду специфічних невротичних порушень [14, 18], а їх вивчення вимагає перегляду багатьох положень пограничної психіатрії [8]. Хоч окремі клінічні характеристики психальгій описано достатньо повно, досі немає досліджень спрямованих на з'ясування їх синдромальної приналежності [4, 5, 11, 12]. Зазначені аспекти визначають у своїй сукупності необхідність спеціального феноменологічного, клініко-психопатологічного та типологічного вивчення хронічних психічних болів.

Мета і завдання дослідження. Метою дослідження є з'ясування типологічних варіантів і синдромальної приналежності хронічних психічних альгій та, відповідно, розробка підходів до оптимальної тактики їх лікування.

Для досягнення зазначеної мети в роботі було поставлено такі завдання:

1. Вивчити описові характеристики соматизованих альгій (шифр F45.0 за МКХ-10) [16].
2. Вивчити описові (феноменологічні) характеристики ідіопатичних болів (персистуючого соматоформного больового розладу, шифр F45.4 за МКХ-10) [16].

3. З'ясувати найхарактерніші поєднання двох вивчених на феноменологічному рівні типів психальгій з невротичною симптоматикою та базовою структурою особистості.
4. Встановити синдромальну приналежність двох вивчених варіантів психальгій.
5. Розробити основні принципи ранньої діагностики вивчених типів хронічних психічних больових розладів.
6. Встановити основні критерії диференціальної діагностики альгопатичних розладів.
7. Розробити основні принципи терапії ідіопатичних болів (персистуючого соматоформного больового розладу).

Об'єктом цієї роботи була одна із найрозповсюдженіших груп соматоформних розладів — хронічні психічні болі (альгопатії).

Методологія проведеного дослідження може бути представлена таким чином: 1) феноменологічний опис із урахуванням усіх дескриптивних характеристик альгопатії; 2) дескриптивне визначення (дефініція) кожного із виділених типів соматоформних больових розладів; 3) типологія і синдромальна кваліфікація вивчених альгопатій, із урахуванням співдружньої невротичної симптоматики та особистісної структури пацієнтів; 4) розробка критеріїв диференційної діагностики соматоформних альгій.

При доборі пацієнтів у дослідження застосовувалися встановлені в міжнародній практиці критерії альгопатичних станів за DSM-IV та МКХ-10.

У дослідження добиралися пацієнти з розладами пограничного спектра, тобто виключалися хворі: а) із ознаками маніфестних ендогенних психозів (шизофренія, біполярний (афективний) розлад); б) із наявністю органічного ураження ЦНС; в) з ознаками депресивного розладу. Крім того, ми посилили вимоги до критерію виключення супутньої соматичної патології для уникнення будь-якої суб'єктивності у доборі хворих.

Для уточнення структури особистості використовували питальник MMPI, а в сумнівних випадках — додатково офіційний клінічний питальник ВООЗ "IPDE". Для виключення афективних розладів застосовувався повний варіант питальника Гамільтона.

Таким чином, в основу дослідження покладено результати клініко-психопатологічного вивчення вибірки хворих невротичного реєстру із загальними ознаками соматоформних болів без наявності актуального соматичного захворювання.

Матеріали дослідження становили 60 пацієнтів віком від 20 до 54 років. З них жінок — 28, чоловіків — 32 (табл. 1).

Таблиця 1
Загальна характеристика вибірки

| Ознака | | | | | | | | | | |
|-------------|-------------|-------------|--------|-------------|------|--------------------|-----------|---|--------|-------------|
| Вік | | | Освіта | | | Професійний статус | | Тривалість розладу до першої консультації | | |
| 20-30 років | 30-40 років | 40-54 років | сер. | незак. вища | вища | працює | не працює | менше 2 р. | 2-5 р. | більше 5 р. |
| 21 | 29 | 10 | 12 | 6 | 42 | 46 | 14 | 4 | 24 | 32 |

Результати дослідження. Із усієї вибірки виявлено 28 пацієнтів із соматизованими болями (16 — жін., 12 — чол.). Маніфестація болів у цій групі завжди пов'язана з психогенними ситуаціями та травмами різних типів. При цьому під психогенною ситуацією ми розуміли будь-яку біографічну ситуацію, яка актуалізує наявний у певної особи інтрапсихічний конфлікт. Відповідно психогенну травму ми розуміли як будь-яке травматичне переживання, що за своєю силою (стресовим або дистресовим впливом) перевищує адаптивні здатності індивідуума. У цій підгрупі спостерігались тривалі стресові ситуації (19 спостережень з 28 або 67,8%); затяжні хвороби в поєднанні із стресом (4 спостереження з 28, або 14,3%); гострі психотравмуючі ситуації (5 спостережень із 28, або 17,9%). Уже з цих даних видно, що маніфестація соматизованих болів відбувається аналогічно до болів конверсійного типу. Характерною психопатологічною ознакою їх є і те, що пацієнти цієї групи мають значні труднощі у визначенні особливостей больових проявів: болі часто “перекриваються” іншими інтенсивнішими порушеннями — відчуттям нестачі повітря, “грудки” в горлі, головокружінням, а в деяких випадках розладами координації та ходи, занімінням кінцівок, відчуттям внутрішнього тремтіння, раптовою слабкістю, пітливістю тощо. З часом соматизовані болі “обрастають” усе новою симптоматикою конверсійного спектра, що, своєю чергою, призводить до тривалої дезадаптації хворих (в окремих випадках аж до їх інвалідизації). Характерною ознакою соматизованих болів є постійно змінна локалізація та здатність іррадіювати (27 випадків — 96,4%).

Соматизовані болі переживають як невід’ємну, інтегровану з Я хворих частину загального потоку внутрішнього психічного життя. Саме тому цим пацієнтам складно описати власні больові відчуття (що і знаходить своє відображення в концепції “алекситимії”), незважаючи на, здавалось би, велику кількість метафор та образних порівнянь.

Згідно з даними MMPI, 18 пацієнтів із 28-ми виявляють чіткий однопрофільний варіант кривої із домінуванням істеричного (гістрійного) радикалу. Серед інших десяти пацієнтів у семи кваліфіковано гістрійно-нарцистичну структуру особистості, що відповідає ядерній істеричній психопатії у “класичній” термінології, а у трьох хворих виявлено комбінацію істеричних та тривожних ознак, що дає підставу розглядати їх із позицій “тривожної істерії”.

Таким чином, особливості соматизованих болів за їх локалізацією, характером виявлення, суб’єктивним відношенням хворих, відсутністю рефлексії до болю збігаються з аналогічними описовими характеристиками болів конверсійного типу.

Ідентичність соматизованих та конверсійних болів підтверджують і структурно-динамічні їх особливості: обидва варіанти болю — і конверсійний, і соматизований — формуються у співдружності з невротичною симптоматикою істеро-конверсійного кола, а також у межах “фонової” гістрійної (істеричної) структури особистості. Вказані аналогії дозволяють кваліфікувати обидва варіанти болів як одну групу психогенних альгій конверсійного типу. Відповідно, на цьому етапі дослідження правомірно було висунуто припущення, що соматизовані болі слід зараховувати до кластеру істеро-конверсійних розладів.

До групи хворих з ідіопатичними больовими розладами (персистуючим соматоформним больовим розладом або ПСБР) включено 32 пацієнти (14 жінок та 18 чоловіків). Феноменологічні відмінності розладів цього типу порівняно з конверсійними альгіями стають очевидними вже при порівнянні умов маніфестації:

- ◆ 14 спостереження із 32 (43,8%) первинне виникнення болів провокується факторами, які пов'язані із станами соматичного неблагополуччя (фізичне перевантаження, простудні захворювання, фізичні травми, хірургічні операції тощо);
- ◆ у 17 пацієнтів (53,1%) болі виникли спонтанно;

◆ лише в одного пацієнта (3,1%) дебюту захворювання передувала значний психогенний вплив (конфлікт на роботі).

Отримані дані потребують деяких коментарів. Спонтанне виникнення ПСБР протягом значного часу супроводжувалося протрагованими періодами психофізичного перевантаження (на зразок “роботоголізму”), які закінчувались раптовим та масивним “зламом” адаптивних механізмів зі швидким формуванням невротичного модусу поведінки (“втеча в соматичне неблагополуччя” як класичний психодинамічний варіант тілесної регресії). Такий спосіб психофізичного перевантаження сприяє реактивації інтрапсихічних конфліктів або актуалізації відставленої травми. Цікаво зазначити, що вже на етапі маніфестацій болю такі пацієнти зіставимі з пацієнтами, у яких маніфестує обсессивно-компульсивний розлад.

Для підгрупи з 14-ти пацієнтів, у яких маніфестації альгічного розладу передувала масивна соматогенна травма, необхідно підкреслити, що патогенне значення мала не сама “соматогенія” як така, а радикальні зміни життєвого стереотипу, викликані захворюванням.

Для пацієнтів із цим типом больових страждань характерною є когнітивна “обрамленість” патологічних альгічних сенсацій. В анамнестичній бесіді вони викладають просту, чітку та зрозумілу концепцію власного страждання; сама ж інтерпретація найчастіше черпається з популярної медичної літератури (остеохондроз, хламідіоз тощо). Важливо також, що переживання таких пацієнтів нерідко “заштормуються” обсессивно-компульсивною симптоматикою і, на відміну від пацієнтів із соматизованими альгіями, не впливають на інтенсивність та насиченість больових страждань. Крім того, пацієнти з ідіопатичними болями одразу ж розпізнають та добре описують больові відчуття.

Відтак, наведені характеристики ідіопатичних болів можна підсумувати таким чином:

- 1) маніфестація больового страждання характеризується раптовістю та несподіваністю для хворого: початок больового страждання не супроводжується появою іншої — нової (гетерономної) — для пацієнта невротичної симптоматики. Наявні в них і раніше обсессивно-компульсивні симптоми посилюються рідко та незначно (лише 6 спостережень із 32 — 18,75%). Поява болю переживається із почуттям здивування, роздратованості або й вини;
- 2) від моменту виникнення біль переважає інші переживання і витісняє їх з поля уваги. Таке переважання не останньою чергою і зумовлює представлення пацієнтами ідіопатичного болю у вигляді моносимптому;
- 3) інтенсивність та характер болю залишаються незмінними, симптоматика ніби “застигає”. Відволікання уваги, психологічно сприятливі та несприятливі обставини не змінюють цих характеристик ПСБР;
- 4) чуттєва насиченість болів цього типу змушує пацієнтів постійно перебувати в полі інтенсивних больових переживань, а відтак розпізнавати всі їх (болів) відтінки.

Окремої уваги заслуговує відсутність або значно менша вираженість (порівняно з пацієнтами із соматизованими альгіями) поведінкових патернів, описаних у літературі для осіб із гістрійною структурою за типом “вторинної вигоди від хвороби”.

Крім наведених особливостей, уточнюючих попередні дослідження (А. Б. Смулевич, О. О. Фільц, 1991), ми виявили ще дві характеристики, які найбільшою мірою дають змогу диференціювати соматизовані (конверсійні) та персистируючі соматоформні (ідіопатичні) больові розлади. А саме, вони належать до:

- а) здатності до рефлексії больових переживань;
- б) суб'єктивного ставлення до болю.

Першою, важливою з психопатологічної точки зору особливістю переживання пацієнтами ідіопатичних болів є здатність рефлексувати симптоми, включно з альгічними. Така здатність зумовлена особливим типом психологічного захисту пацієнтів шизоїдного та обсесивно-компульсивного кола. Цей тип захисту полягає у спроможності відсторонюватися від власних психічних переживань, спостерігаючи їх ніби збоку (відсторонено від Я), а отже — будувати складні раціональні конструкції з приводу хвороби, аналогічні з “когнітивними ритуалами”.

Стосовно ж другої ознаки слід сказати, що ці болі пацієнти переживають та подають у вигляді самостійного тілесного феномену. Хворі виокремлюють ідіопатичні болі з ряду інших симптомів (у т. ч. із інших соматично зумовлених болів), сприймають їх відсторонено, намагаються “боротися” з ними, включно з ритуальними діями.

За ознакою структури особистості ця група розподілилась таким чином: у 19-ти пацієнтів із 32-х (59,4%) було діагностовано ананкастичну (обсесивно-компульсивну) структуру особистості; 7 пацієнтів із 32-х (21,9%) були кваліфіковані як тривожно-психастенічні; 6 пацієнтів із 32-х (18,7%) діагностовано як сенситивно-шизоїдні.

Головна гіпотеза, яка впливає з результатів психопатологічного аналізу, отриманих на феноменологічно-описовому етапі дослідження формулюється так: хронічні психічні болі, які кваліфікуються в МКХ-10 та DSM-IV в розділі “Соматоформні розлади”, чітко розділяються на два основні типологічні варіанти, один з яких може бути зарахований до істеро-конверсійного, а інший до обсесивно-компульсивного синдромів.

Докладний феноменологічний опис і результати статистичних розрахунків (ці результати ми оприлюднили в попередніх публікаціях) дозволили нам виявити не лише відмінності двох виділених типів соматоформних альгічних сенсацій, а й поставити питання про синдромальні приналежності альгопатій, кваліфікованих у літературі або як ідіопатичні (Ladee R., 1966), або як “оволодіваючі” (Смулевич А. Б., 1992) на основі порівняльного психопатологічного аналізу диференціюючих ознак обох вивчених типів хронічних больових розладів (табл. 2).

Таблиця 2.
Феноменологічні характеристики двох типів соматоформних болів

| Ознака | Конверсійні болі (психалгії) | Ідіопатичні болі “оволодіваючі больові розлади” |
|--|--|---|
| 1. Локалізація | Мігруюча, не чітка (зміна границь болю, глибини болю) | Чітка, фіксована |
| 2. Характер | Змінний, як за інтенсивністю, так і за описовими якістьми | Одноманітний, персистуючий |
| 3. Супроводжуюча невротична симптоматика | Конверсійна (істерична) | Як правило, з кола настирливостей, включно з обсесіями та ритуалами |
| 4. Фонова структура особистості | Істеричного кола (істерична, нарцистична, істеро-фобічна) | Тривожно-психастенічна, ананкастична, сензитивно-шизоїдна |
| 5. Суб'єктивне ставлення | Переживаються безпосередньо, погано вербалізуються і подаються у вигляді змінних скарг | Переживаються “відсторонено”, добре вербалізуються, подаються у вигляді однієї незмінної скарги |
| 6. Зв'язок із рефлексією | “Відмежованість” від рефлексії | Тісний зв'язок з рефлексією |

Подані в таблиці описові характеристики можна розглядати як диференціюючі ознаки конверсійних та ідіопатичних больових розладів. Ми з'ясували, що наведені іншими авторами перші дві характеристики не були достатніми для синдромальної кваліфікації ідіопатичних болів. Для аргументованої кваліфікації ідіопатичних болів як настирливостей слід враховувати такі виявлені нами моменти:

1. Зв'язок з невротичною симптоматикою (п. 3 табл. 2). Соматизовані болі виступають завжди в супроводі іншої конверсійної симптоматики, виникають паралельно з нею, провокуються типовими психогенними ситуаціями і виявляють динаміку, характерну для розладів істеричного кола. Можна стверджувати, отже, що вони виступають як один із типових симптомів у структурі єдиного конверсійного синдрому.
2. Ідіопатичні (“оволодіваючі”) болі проявляють себе у “співдружності” із симптоматикою настирливого кола, яка представлена повним спектром обсессивно-компульсивних проявів. В цьому симптомокомплексі на різних етапах і в різних пацієнтів трапляються типові обсессії, фобії, окремі компульсії і ритуали. Важливо підкреслити, що ритуали мають захисний характер не тільки від обсессій та фобій, але й від болю. Таким чином, на рівні синдромальної організації ідіопатичні болі виступають у єдиній структурі з іншими настирливостями. Спільною є їх динаміка.
3. Клініко-психопатологічне вивчення структури особистості пацієнтів (п. 4 табл. 2) підтверджує дані літератури, згідно з якими конверсійні болі тісно корелюють з гістрійним та нарцистичним типом характеру. Ідіопатичні (“оволодіваючі”) болі трапляються в пацієнтів із такими трьома супутніми типами розладів особистості: ананкастичним, тривожно-психастеничним, сенситивно-шизоїдним, серед яких домінуючим є ананкастичний тип.
4. Принципове значення для кваліфікації хронічних психічних болів має суб'єктивне ставлення до них пацієнтів (п. 5 табл. 2). Як відомо, конверсійні болі сприймаються як непостійні, без чіткої локалізації, дифузні, а головне — у вигляді безпосереднього переживання. Пацієнт представляє ці болі так, наче він їх переживає нерозривно з власним тілесним і психічним “Я”. Звідси — постійна їх змінність та дифузність. Суб'єктивне ставлення до ідіопатичних болів є принципово іншим. Вони переживаються як відокремлені від “Я” і такі, що є “об'єктом” для рефлексії і раціоналізованих пояснень. Саме тому вони на психопатологічному рівні поєднуються з типовими ритуальними діями, які використовуються хворими для захисту від інших настирливостей.
5. У зв'язку з цим спеціальною диференціальною ознакою є зв'язок больових переживань із рефлексією (п. 6 табл. 2): можна бачити, що нездатність до рефлексії в осіб з істеричною структурою особистості, з одного боку, та наявність вираженої рефлексії в переживаннях осіб шизоїдного та психастеничного кола, з іншого боку, є дискримінативною ознакою двох груп хворих. Відомо, що така здатність/нездатність впливає з базових особливостей зазначених особистісних структур, а тому супроводжує всі розлади, “співдружні” з названими вище типами особистостей. Саме здатність до підвищеної рефлексії і робить можливим розглядати будь-який психопатологічний феномен “збоку”, а отже, і відчужено. Але це і наявне при формуванні класичних настирливостей типу обсессій, при яких відчуженість переживається як максимально виражена, або фобій та компульсій, де неприналежність до загального потоку переживань може критично осмислюватись.

Таким чином, ідіопатичні болі за своєю природою слід зараховувати до ряду настирливих феноменів особливого типу, а саме тілесних настирливостей. Виділення тілесних настирливостей в окремий вид психопатологічних феноменів

дозволяє доповнити клас настирливостей до повного ряду: обсеїї, фобії, компульсії, тілесні настирливості.

Типологічна кваліфікація ідіопатичних болів, які діагностуються в межах персистуючого соматоформного больового розладу як синдрому тілесних настирливостей, дала можливість розробити основні принципи синдромально-специфічної терапії. Така терапія базується на застосуванні комбінації транквілізаторів із тими антидепресантами, які виявляють найбільшу ефективність при лікуванні настирливих розладів.

Цей спосіб лікування ми розділили на три етапи, на кожному з яких застосовують відповідні поєднання антидепресантів, транквілізаторів та нейролептиків.

На першому етапі лікування хворому з ідіопатичними болями призначають імипрамін у дозі 200—300 мг на добу, ксанакс у дозі 0,25—0,5 мг на добу та галоперидол у дозі 0,5—1,0 мг на добу. Тривалість першого етапу 4—6 тижнів.

На другому етапі лікування після тижневої перерви, пацієнтам, у яких больовий синдром не редукувався, пропонують таку терапевтичну схему: кломіпрамін у дозі 200—300 мг на добу, ксанакс у дозі 0,25—0,5 мг на добу та галоперидол у дозі 0,5—1,0 мг на добу. Тривалість другого етапу також становить 4—6 тижнів.

Третій етап лікування пропонують пацієнтам, у яких болі виявились резистентними до дії попередніх терапевтичних схем або больовий синдром редукувався не повністю. Після тижневої перерви, хворому призначають флуоксетин у дозі 20—40 мг на добу в поєднанні з галоперидолом у дозі 0,5—1,0 мг на добу. Всі препарати застосовуються перорально (за винятком нечисленних випадків із протипоказами до перорального застосування), вибір дози в межах пропонованих рамок здійснюється не залежно від суб'єктивної вираженості (інтенсивності) больового страждання, а залежно від індивідуальних особливостей пацієнтів (вік, стать, вага і т. ін.).

Оцінка ефективності терапевтичної схеми, що застосовується на кожному з етапів, проводиться після трьох тижнів лікування. Прийом препаратів продовжується до 6-ти тижнів лише у випадках, коли терапевтичну схему визнають ефективною.

Протягом усіх трьох етапів фармакологічного лікування, а в окремих випадках і протягом додаткового часу хворому проводять індивідуальну проблемно-центровану психоаналітичну психотерапію (не рідше двох разів на тиждень) у поєднанні з короткофокусною груповою психоаналітичною психотерапією (по 6 годин протягом двох днів).

Завданням психотерапевтичної частини лікування є опрацювання глибинно-психологічних конфліктних зон, підтримання самоповаги та відчуття "захищеності", а також корекції патологічних патернів у інтерперсональних стосунках.

Застосування пропонованої нами терапевтичної схеми дало можливість отримати терапевтичний ефект значно вищий, ніж відомий з даних літератури. Повної редукції больового страждання вдалося досягти у 25 випадках із 32 (78,1%). У 6-ти випадках із 32-х (18,7%) унаслідок проведеного лікування больовий синдром значно редукувався. Лише в одному випадку (3,2%) не вдалося досягти жодних терапевтичних змін.

Редукція больової симптоматики настала в 14-ти пацієнтів із 32-х після першого етапу лікування (43,7%), в 11-ти пацієнтів — після другого етапу (34,4%) і лише в 7-ми пацієнтів була необхідність у проведенні всіх трьох етапів лікування (21,9%). Щодо групи пацієнтів із болями конверсійної природи, діагностованих у межах соматизованого розладу, пропонована нами терапевтична схема не дала результатів кращих, ніж описані в літературі. Повна редукція психопатологічної симптоматики, включаючи болі, настала лише у 5-ти випадках із 28-ми (17,9%),

значне поліпшення самопочуття та зменшення вираженості психопатологічної симптоматики в 9-ти із 28-ми пацієнтів (32,1%), решта 14 пацієнтів (50%) поліпшення внаслідок лікування не відзначали. З них 11 пацієнтів (39,3%) самовільно достроково припинили лікування.

Запропонована трьохетапна терапевтична схема комбінованого (психотерапевтичного та психофармакологічного) лікування, яка враховує синдромальну приналежність ідіопатичних альгій (персистуючого соматоформного больового розладу) до синдрому настирливих станів, дає можливість досягати стійких ремісій у 96,8%. Цей висновок, однак, має два наступних обмеження. По-перше, вживаючи термін “ремісія”, ми маємо на увазі не повне зникнення больової симптоматики, а в значній частині випадків тільки таку її редукацію, яку позитивно відзначають пацієнти на суб’єктивному рівні та яка об’єктивно підтверджується поліпшенням їх адаптації (у т. ч. і до самих больових переживань). По-друге, враховуючи обмеженість дослідження в часі, ми не можемо навести дані про тривалість зазначених ремісій більше двох років, хоча оптимально бажаним катамнезом слід було би вважати підтвердження ремісії щонайменше протягом 5-ти років.

Психофармакотерапія поєднується із індивідуальною проблемно-центрованою психотерапією (не рідше двох разів на тиждень) у поєднанні з короткофокусною груповою психоаналітичною психотерапією (по шість годин протягом двох днів). Завданням психотерапевтичної частини лікування є опрацювання глибинно-психологічних конфліктних зон, підтримання самоповаги та відчуття “захищеності”, а також корекції патологічних патернів в інтерперсональних стосунках.

Матеріал, викладений у цій роботі, дає нам право сформулювати такі висновки.

1. Хронічні психічні болі є одним із найрозповсюдженіших та найважливіших представників класу невротичних розладів соматоформного типу. Розділення психогенних альгій на соматизовані та персистуючі соматоформні, виділені в МКХ-10 та DSM-IV (відп. F45.0 та 300.81 — соматизовані розлади і відп. F45.4 та 307.XX — персистуючий соматоформний больовий розлад) у синдромальному та клінічному сенсі себе не виправдовує.
2. Дослідження соматизованих болів на феноменологічному (описовому) та клініко-психопатологічному (структурно-динамічному) рівнях свідчить, що болі цього типу за всіма вивченими характеристиками є аналогічними з конверсійними болями. Відповідно для всієї цієї групи психогенних болів більш виправданим із клінічної та психопатологічної точок зору є визначення “конверсійні болі”.
3. Дослідження на феноменологічному та клініко-психопатологічному рівнях болів, які діагностуються під рубрикою “Персистуючий соматоформний больовий розлад” (у літературі частіше означуваних як ідіопатичні), дозволяють кваліфікувати їх як прояви настирливого ряду, тобто як специфічні тілесні настирливості.
4. Синдром настирливостей, відомий досі як системний, “пошаровий” ряд феноменів ураження когнітивної (обсесії), афективної (фобії) та поведінково-моторної (ритуали і компульсії) трьох сфер психічної діяльності, має бути доповнений настирливими розладами в четвертій, тілесній сфері.
5. Проведене дослідження дозволяє застосовувати нову стратегію терапії вивчених хронічних психічних болів конверсійного та настирливого типів; ця стратегія передбачає диференційовану комбінацію психофармакологічного та психотерапевтичного лікування кожного з вивчених типів психальгій.

Дискусія. Представлене дослідження не лише відповідає на поставлені запитання, а й дає можливість поставити нові. Отже, можна було б висловити припущення про зарахування ідіопатичних та соматизованих болів не лише до

різних синдромів, а й до різних рівнів особистісної організації в розумінні сучасної психодинамічної теорії [3]. Враховуючи добру здатність до рефлексії симптомів у пацієнтів з ідіопатичними болями та відповідну нездатність пацієнтів з соматизованим розладом, можна було б висловити таку гіпотезу: діагноз персистуючого соматоформного больового розладу відповідає невротичному рівню організації пацієнтів, а, відповідно, соматизований розлад — пограничному. Остаточну відповідь можна очікувати лише як результат наступних досліджень.

Література

- Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия. — М.: Медицина, 1994. — С. 468—484.
- Карвасарський В. Д. Неврозы. — М.: Медицина, 1980. — С. 48—54.
- Кернберг О. Ф. Агрессия при расстройствах личности и перверсиях / Пер. с англ. — М.: Независимая фирма "Класс", 1998. — 368 с.
- Кечур Р. В. Тактика лікування персистуючого соматоформного больового розладу (ідіопатичних болів) // Укр. вісн. психоневрології. — 1999. — Т. 7, вип. 2 (20). — С. 108—110.
- Кечур Р. Хронічний психічний біль: місце в систематичі соматоформних розладів: (Огляд літератури) // Галицький лікарський вісник. — 1999. — Т. 6, ч. 2. — С. 110—114.
- Мосолов С. Н. Клиническое применение современных антидепрессантов // Медицинское информационное агентство. — Санкт-Петербург, 1995. — С. 579—596.
- Смулевич А. Б., Фильц А. О., Лебедева М. О. К проблеме альгопатических состояний. Ипохондрия и соматоформные расстройства. — М., 1992. — С. 40—59.
- Смулевич А. Б., Фильц А. О., Лебедева М. О. К проблеме идиопатических болей. — М.: Синапс, 1992. — Т. 2. — С. 58—63.
- Фильц А. О. Проблема небредовой ипохондрии: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук (14.00.18), (Науч. центр психического здоровья). — М., 1992. — 49 с.
- Фильц О. А. Истерическая психопатия — типологические аспекты (обзор зарубежной литературы) // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1988. — Т. 88, вып. 3. — С. 131—138.
- Фильц О. О., Кечур Р. В. До питання про особливі варіанти соматоформних розладів // Укр. вісн. психоневрології. — 1995. — Т. 3, вип. 2 (6). — С. 217.
- Фильц О. О., Кечур Р. В. Хронічний психічний біль як варіант тілесних настирливостей: нова психопатологічна категорія // Acta Medica Leopoliensia. — 1999. — №2. — С. 83—86.
- Campbell R. Psychiatric dictionary (&th ed.). — New York—London, 1981. — P. 692-708.
- Chaturvedy S. Praevalence of chronic pain in psychiatric patients // Pain. — 1987. — 29. — P. 231-237.
- Cloninger CR. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states // Psychiat. Developments. — 1986. — 4, 3. — P. 167-226.
- ICD-10: Classification of Mental and Behavioural Disorders. — World Health Organization. — Geneva, Oxford Univ. Press, 1992. — 724 p.
- Incidence and implications of alexythymia in chronic pain patients / R. F. Carchlove, K. K. Cohen, R. E. Brama et al. // J. Nerv. Ment. Dis. — 1985. — 173. — P. 246-248.
- Jensen J. Pain in non-psychotic psychiatric patients: life events, symptomatology and personality traits // Acta Psychiat. Scand. — 1988. — 78, 2. — P. 201-207.
- Ladee G. A. Hypochondrical syndromes. — Amsterdam, North-Holl: Publications Co. — 1966. — P. 19-27.
- Lipowski Z. Somatization: a border-land between medicine and psychiatry. // Can. Med. Assoc. J. — 1986. — 135. — P. 609-614.
- Lipowski Z.J. Somatization and depression: [Review] // Psychosomatics. — 1990. — 31, 1. — P.13-21.
- Torgersen S. Genetic of somatoform disorders. // Arch. Gen. Psychiat. — 1986. — 43. — P. 502-508.
- Von Knorring L. Ekselius L. Idiopathic pain and depression: [Review] // Quality of Life Res. — 1994 Dec. — 3 Suppl 1. — S. 57-68.