



Клінічний випадок: соціальне навантаження як причина і запобіжник соматизації

Романів О.¹, Погоріляк К.¹

¹Ужгородський національний університет

Анотація

Соматизація може привести до соціальної дисфункції, професійних труднощів і розширення використання медичної допомоги. Таким чином, вона є як і клінічною проблемою, так і проблемою громадського здоров'я. Тому розуміння психосоматичних розладів має першорядне значення, особливо в країнах, що розвиваються, як Україна. У даній статті розглядається клінічний випадок особи достатньо високого соціального статусу та професійного розвитку, яка тривалий час страждає на розлади тривожно-депресивного спектру з соматичними симптомами. Рівень соціального навантаження суттєво впливає на ступінь виразності цих розладів, по чергово виступаючи чинником і запобіжником клінічних проявів захворювань.

Ключові слова: соматоформний розлад, психосоматика, obsesivний, компульсивний, розлад, депресія

“Writing prescriptions is easy, understanding people is hard!” (Franz Kafka)

1 Вступ

Пацієнт Д. 37 років звернувся на прийом до психіатра МЦ «Нейромед» зі скаргами на відчуття постійного дискомфорту та періодичних нападів гострого болю в животі, що, на його думку, спричинений «поганим станом» шлунку та підшлункової залози, зокрема, «може й раком»; також він відмічав відчуття дратівливості, неспокою, тривоги і напливи невідчепних думок песимістичного наповнення про стан шлунково-кишкового тракту. Пацієнт повідомив, що детальне лабораторне та інструментальне обстеження щодо наявності соматичних захворювань об'єктивної причини його страждань не виявило.

2 Анамнез життя

Народився від здорової вагітності в фізіологічних неускладнених пологах. Ріс та розвивався відповідно до віку. Важкими захворюваннями не хворів. В дитинстві пам'ятає період, коли мав проблему в експресивній мові у вигляді заїкання, що пов'язує з переляком, а також з можливим копіюванням цього явища від особи в близькому оточенні (після припинення контактування з цією особою заїкання припинилось). Навчання в школі давалось легко, вчився на 4-5 за 5-бальною системою, був популярним та активним хлопцем, виявляв лідерські та «чудові» організаційні здібності, був улюбленцем серед учнів та вчителів. Завжди намагався мати гарне соціаль-

не положення та турбувався про враження, яке справляє на оточення.

Після закінчення ЗОШ вступив на юридичний факультет університету в Києві, який закінчив з дипломом спеціаліста. Влаштувався на роботу помічника адвоката, але робота була «формальною, необхідною для випускника ВУЗу». Додатково займався бізнесом в торговельній сфері. Одружився, невдовзі після одруження народилась дочка. В 2005 році був запрошений на роботу держслужбовцем на «гарну посаду». Паралельно займався політикою, був депутатом районної ради. В тому ж році отримав підвищення, зайняв керуючу посаду.

В 2010 р зміна політичної ситуація в країні внесла серйозні корективи в суспільно-політичне життя пацієнта та вплинула на його професійну зайнятість та власний бізнес, що потребувало від пацієнта істотного збільшення інтенсивності і часу активної роботи із залученням всіх доступних ресурсів, як особистісних так і зовнішніх. В той час вдруге завагітніла дружина, яка за напруженою роботою в сімейному бізнесі дізналась про вагітність майже в кінці першого триместру і деякий час не повідомляла про це чоловікові, не бажаючи збільшувати його навантаження.

На даний момент пацієнт проживає з дружиною та двома дітьми, стосунки в сім'ї вважає гармонійними і комфортними. Відносини з жінкою назвав «чудовими» і стабільними. Також повідомив, що на момент звертання за допомогою фінансовий, соціальний та професійний стан є цілком задовільними.

3 Анамнез захворювання

Вперше проблеми зі станом здоров'я виникли восени 2007 р., коли після чергового святкування політичних успіхів в 3:00 АМ піднявся артеріальний тиск з тахікардією і «тремтінням усього тіла», що «дуже налякало» пацієнта. Рідні викликали ШМД, але пацієнт від лікування відмовився, тому що стан покращився вже після склянки солодкого чаю. За декілька днів після цього нападу, перебуваючи у відражденні в зв'язку з політичною діяльністю у м. Вінниця, був ургентно госпіталізований з приводу гострого апендициту для лапароскопічного втручання; при поверненні додому через погане самопочуття був змушений передчасно зійти з поїзду в м. Стрий; за декілька годин повернувся додому

Після лапароскопії притримувалась дієти, але страждав на діарею, що привело до зневоднення та значного схуднення з 105 кг до 77 кг. З цього приводу почав переживати через стан свого здоров'я, можливе раптове погіршення або розвиток «страшних» хвороб: почав згадувати та пов'язувати між собою факти онкологічних захворювань в роді. В цей час відмічав 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 стан свого здоров'я. Були неприємні, настирливі, тривожні думки про незрозуміле підвищення діастази, про значне схуднення без очевидної для самого пацієнта причини, про проблеми зі шлунком та підшлунковою залозою із страхом больових відчуттів і ймовірною загрозою раку підшлункової залози. Почав часто відвідувати й дзвонити лікарю, мав повторні обстеження шлунково-кишкового тракту, консультації спеціалістів різного профілю. Описав випадок, коли його лікуючому лікарю потрібно було прикласти великих зусиль відмовити від небажаного діагностичного, достатньо болючого обстеження через відсутність показань до такого. Вищезазначені симптоми викликали значні проблеми вдома, професійному та соціальному функціонуванні – створювалась напруга в сім'ї, не міг необхідної уваги приділити справам, значну частину його обов'язків взяла на себе дружина.

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; напади не були спровоковані жодними обставинами, проходили самостійно. З'явився страх повторення нападів у майбутньому, тому пацієнт потребував постійного перебування рідних біля нього, а у випадку переживання нападів відразу звертався за допомогою лікаря. З симптомами фізичного дискомфорту в тілі (болі, схуднення, загальна слабкість) багаторазово обстежувався в спеціалістів різного профілю та рівня надання допомоги, але клінічно значимих відхилень від норми виявлено не було. Тоді вперше приватно звернувся до психіатра в м. Київ, в різний час отримував призначення - тіоридазин, сульпірид, гліцин, агомелатин, - але лікування системно не застосовував через ризик розвитку побічних дій.

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

Значне погіршення стану пацієнт відмічає з осені 2016 р. у вигляді відновлення періодичного болю в навколупупкової ділянці, дискомфорту в животі, схуднення з 81 кг до 76 кг, а також порушень сну у вигляді утрудненого засинання та частих нічних прокидань (зменшення загальної тривалості сну на 2 година), надокучливих неприємних думок іпохондричного змісту, канцерофобічних переживань, зниженого настрою, втрати минулих зацікавленостей та очікуваного задоволення від приємних подій. Він відмітив знижену працездатність, труднощі в починанні справ, зниження здатності концентрувати та утримувати увагу, почав відчувати загальну слабкість та дефіцит енергії зранку. Звертався з цими симптомами до різнопрофільних спеціалістів, зокрема, до психіатра. Психіатром було призначено міртазапін, який клієнт приймає в субтерапевтичних дозах не системно.

4 Психічний статус

Загальний стан клієнта середнього ступеню важкості. В розмові 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 стосовно стану свого здоров'я, що вимагає зусиль до заохочення та структурування в проведенні психодіагностичного інтерв'ю. В поведінці спокійний, емоційної лабільності та виразних афективних реакцій не продемонстрував, наявний руховий неспокій, що відображає тривожність. Нейрокогнітивне функціонування: рівень концентрації та утримання уваги на нижній межі норми, швидкість обробки інформації знижена вторинно, через уповільнення процесів мислення, логіко-математичний аналіз та абстрагування без порушень, рівень вербального розуміння знижений вторинно, як і слідкування за думкою співрозмовника, через знижену здатність до концентрації та утримання уваги.

5 Психодіагностичне обстеження

За опитувальником **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. Суїцидальність категорично заперечив. Суїцидальні думки наміри, спроби на момент обстеження і в минулому заперечив. За шкалою **MADRS** 33 бали – помірна депресія. За шкалою **YMRS** 4 бали - варіант норми. За шкалою **тривоги Бека** 17 б – середній рівень тривоги. За шкалою **C-SSRS** – відсутні суїцидальні думки, наміри та спроби на момент обстеження і в минулому.

Профіль **MMPI** достовірний, пікоподібний. Підвищення за шкалами 1-4 в межах 70 Т балів не дає можливість зробити висновок на користь певної акцентуації особистості, але свідчить про стан дезадаптації після психотравмуючої ситуації, складної життєвої ситуації, фізичного нездужання. Пік за шкалою 2 є провідним в даному профілі та свідчить на користь клінічно вираженої депресії (віддзеркалює рівень зниженого настрою, песимістичну налаштованість, занепокоєність власним становищем). Показник за 4 шкалою 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 свідчить про наявність тривоги щодо стану власного здоров'я. Пік за шкалою 3 вказує на нестійкість фону настрою, схильність до драматизації, чутливість. 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). *Заключення:* профіль достовірний; свідчить про рівень дезадаптації після психотравмуючої ситуації, складної життєвої ситуації, фізичного нездужання. Присутні

ознаки клінічно вираженої депресії.

ТАТ. Досліджуваний на час проведення тестування перебував в напруженні, демонстрував спектр міміки то жестикуляції, що свідчили про значимий рівень тривоги, загального неспокою, настороженості до спілкування. Еутимія. Ставлення до проведення тестування насторожене, намагається ввести свої правила. В процесі проведення тестування рівень напруги досліджуваного знизився, став довірливим, виражено зацікавленим та захопленим. Тобто пацієнт продемонстрував здатність швидкого переходу в системі ідеалізація-знецінення-ідеалізація.

В проведенні тестування зацікавлений, концентрує увагу, в перших ситуаційних задачах надає широкі описи ситуаційних задач, турбується про якісний та естетично привабливий варіант оформлення розповіді, намагаючись її насичити загальноприйнятими художніми зворотами, а також легше приймає в роботу ситуаційні задачі 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 особистим надконтролем, що створює постійний рівень фонові тривожної напруги. 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) – це відбувається через певне нерозуміння власних психологічних механізмів реагування. Емоційний фон відрізняється широкою амплітудою реакцій та легкою їх зміною зі зміною актуальних ситуаційних задач. Актуальні для себе теми (самоствердження та самоактуалізації) відображає через важливі життєві сфери – сім'я, робота, що проявляється вираженою стурбованістю щодо необхідності відповідати встановленому ідеалу в названих сферах; основні сили в напрямку забезпечення цих потреб вкладає в формування зовнішньої привабливої (прийнятної для демонстрації) сторони.

Особа здатна високочутливо, але популярно використовувати штучні психологічні дії та інтерпретації природних дій для досягнення необхідних ресурсів в напрямку забезпечення цих потреб (високий рівень ревалентності). Втома від напруги, бажання вирішити ситуацію (середній рівень ре валентності). Винесення на пер-

ший план іпохондричних переживань і підсвідоме маскування високо ревалентних переживань (самоствердження та самоактуалізації) свідчить про потребу в проведенні психотерапевтичного втручання психоосвітнього змісту.

Відношення до себе та самооцінка достатньо мірою адекватні. Вимогливий до себе. Постійно контролює рівень відповідності значимих особистісних характеристик бажаному рівню, але не показує здатності покладатись на себе (що притаманно зрілій особі), прагматично встановити достатній бажаний рівень та відповідність своїх особистісних характеристик даному рівню. Визначальною для пацієнта є структура зовнішнього середовища; картина світу сформована на основі його життєвого досвіду. У власних 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 отриманого. *Висновок:* через виражений рівень когнітивної напруги пацієнт продемонстрував наявність невідчепних психологічно дискомфортних переживань стосовно невідповідності себе реальному власно створеному ідеалу себе, а також переживань, що надбані ним здобутки не є закономірними з погляду праця-нагорода, а частіше є випадковими, «подарунками долі», які прийшли неочікувано, так неочікувано можуть і зникнути.

6 Діагноз та його обґрунтування

У пацієнта одночасно виконуються критерії декількох психічних розладів: обсесивно-компульсивного розладу (більше місяця надмірні неприємні, настирливі, тривожні думки про існування проблеми зі шлунком та підшлунковою залозою); великого депресивного епізоду (протягом останніх двох тижнів: стан меншої зацікавленості в речах, які раніше приносили насолоду раніше, коливання ваги, порушення сну у вигляді утрудненого засинання, пробудження серед ночі); генералізованого тривожного розладу (протягом останніх 6 місяців виникло надмірне хвилювання та тривога з приводу звичайних речей, дратівливість, проблеми із сном); критерії панічного розладу протягом життя (восени 2007 року вперше з'явилися раптові неспровоковані напади тривоги та занепокоєння тривалістю до 15 хвилин, що

супроводжувались прискореним або сильним серцебиттям, підвищеною пітливістю, тремтінням, жаром, дискомфортом у грудях, раптовою діареєю, страхом смерті, які проходили самостійно; страх повторення нападів паніки, що порушували професійне та соціальне функціонування – вимагав постійного перебування рідних коло нього). Суїцидальність категорично заперечив. Неспецифічні думки про заподіяння собі шкоди на фоні болювих відчуттів в мезогастрії. Суїцидальні наміри, спроби в минулому заперечив.

Враховуючи на те, що на момент звертання за допомогою: провідними й найбільш виразними є ознаки тривоги і депресії, що проявляються у вигляді психічних і соматичних симптомів; також присутні нав'язливі іпохондричні думки про існування проблеми зі шлунком та підшлунковою залозою; в анамнезі напади паніки зі страхом їх повторення; *діагноз*: тривожно-депресивний розлад середнього ступеню важкості з соматичними симптомами, obsesивно-іпохондричний синдром. Панічний розлад в анамнезі.

7 Лікування

Венлафаксин 150 мг/добу (з титруванням з 37,5 мг 2 рази на добу протягом 1 тижня), кветіапін 25 мг на ніч. Після 3 тижнів терапії пацієнт повідомив про покращення стану, після чого самостійно почав коригувати дозування, через побоювання ризику розвитку побічних симптомів, а згодом самостійно змінив антидепресант з венлафаксину на міртазапін, проте вже приймав його в терапевтичних дозах (30 мг/добу). Від психотерапії відмовився. Припинив політичну діяльність.

8 Обговорення і висновки

Розвиток хворобливого стану у пацієнта відповідав класичним етапам формування психосоматичного розладу. Первинними клінічними проявами були панічні атаки зі значним соматичним компонентом (підйоми АТ, загальне нездужання, симптоми гострого розладу ШКТ). Надалі соматичні симптоми стали способом розвантаження наявних впродовж довгого часу тривожних переживань obsesивного характеру. Сформований механізм вивільнення тривожних переживань виявився

найбільш прийнятним для пацієнта, тому що не псував його загальний зовнішній образ з важливим компонентом само прийняття, необхідним для основної зайнятості у вигляді політичної діяльності. В подальшому розвитку психосоматичного розладу чітко простежується залежність виразності соматичних проявів від ступеню залученості пацієнта в його політичну діяльність. В період «загального спокою», що сприймався як період невідзначеності, у пацієнта зростала і досягала значного рівня тривога напруги, вимагаючи розвантаження, яке реалізовувалось вираженими порушеннями ШКТ (апендицит, гастроентерит, ентероколіти та інші симптоми розладу ШКТ). В період політичної нестабільності, коли пацієнту необхідно було мобілізуватись, тривожні переживання ставали менш актуальними, потреби в розвантаженні не було, відповідно і вираженість соматичних симптомів ставала меншою.

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

Отже, діагностика та терапія психосоматичних розладів є складним завданням для будь-якого лікаря. В першу чергу необхідно чітко верифікувати етіопатогенез розладу, відмежувати від можливої імітації таких симптомів або їх психотичного сприйняття. Другим 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 точки зору природи розвитку психосоматики пояснення часто є незрозумілими та не сприймаються пацієнтом. Як наслідок, приписи психотропних ліків, наданих без переконливого пояснення, досить імовірно, буде сприйматися пацієнтом з сумнівами. Таким чином, комплексна курація пацієнтів з психосоматичними розладами є нагальною потребою для психіатричної і загально соматичної практики.

Clinical case: social load is the predictor and preventer of somatization

Romaniv O. ¹Pohoriliak K. ¹

¹Uzgorod National University

Abstract

Somatization can lead to social dysfunction, problems at a workplace and increase the health care use. Thus, it is both clinical and public health problem. It is incredibly problem understand the psychosomatic disorders, especially in Ukraine. This article discusses the clinical care of a person who has sufficient level of social status and professional development, long suffering from anxiety-depressive disorders with somatic symptoms. The level of social load greatly influences to disorder severity, alternatively as the predictor and preventer of clinical features. Обсесивно-компульсивний

Keywords: somatoform, psychosomatic, obsessive, compulsive, disorder, depression