

## DSM-5 ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ

УДК 616.89-008-001.33-07-08

О. А. Левада<sup>1</sup>, О. С. Троян<sup>2</sup>

## ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ ІЗ СОМАТИЧНИМИ СИМПТОМАМИ: МІСЦЕ В СУЧАСНИХ КЛАСИФІКАЦІЯХ, ДЕФІНІЦІЇ, ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ

<sup>1</sup>Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»<sup>2</sup>Комунальна установа «Обласна клінічна психіатрична лікарня» Запорізької обласної ради

olevada@zmapo.edu.ua

**Актуальність.** Через високу поширеність у людській популяції, суттєве погіршення якості життя пацієнтів та значну вартість лікування, психічні розлади з соматичними симптомами (РСС) є важливою медико-соціальною проблемою. Поширеність РСС серед пацієнтів первинної медичної ланки складає 26–35 %. Невчасна діагностика, значна кількість зайвих параклінічних обстежень додають ятрогенних ускладнень пацієнту, на роки віддаляючи встановлення правильного діагнозу та призначення адекватного лікування, збільшуючи фінансовий тягар на хворого і суспільство.

**Мета** – ознайомити практикуючих лікарів із діагностичними підходами до РСС за класифікацією DSM-5 та доказовими методами їх лікування.

**Результати.** Ґрунтовно розглянуто розділ DSM-5 «Розлади з соматичними симптомами та пов'язані з ними розлади», який включає: власне РСС, тривожний розлад наявності захворювання, конверсійний розлад, психологічні фактори, що впливають на інші медичні стани, симулятивний розлад, інші специфічні та неспецифічні розлади з соматичними симптомами. Сфокусовано увагу на основному представникові цього розділу – власне РСС. Наведено критерії його діагностики, диференційної діагностики, проведено паралелі з попереднім діагностичним конструктом – соматоформним розладом. Розглянуті фактори ризику РСС, а також етіопатогенетичні дані.

Проаналізовано основні джерела щодо лікування РСС. Воно передбачає комплексний міждисциплінарний пацієнт-орієнтований покроковий підхід із залученням психіатрів, психотерапевтів, лікарів загальної практики. Представлений треступінчастий алгоритм ведення пацієнтів з РСС, розглянуті психотерапевтичні та медикаментозні підходи до лікування, які можуть бути досить легко застосовані в українській клінічній практиці.

**Ключові слова:**

розлад із соматичними симптомами, діагностика, диференційна діагностика, алгоритм лікування.

**Актуальність.** Психічні розлади з соматичними симптомами (РСС) є важливою медико-соціальною проблемою через високу поширеність у людській популяції, суттєве погіршення якості життя пацієнтів та значну вартість лікування [37]. Поширеність РСС у загальній популяції складає 5–7 % [5]. Їх виявляють у 26–35 % пацієнтів первинної ланки медичної допомоги [33]. Процес діагностики ускладнюється високою коморбідністю РСС з іншими психічними розладами, зокрема тривожними та депресивними [35, 43]. РСС пов'язані з істотним погіршенням якості життя пацієнтів [80]. Їх вплив можна порівняти із захворюваннями з чітким органічним походженням [3]. Невчасна діагностика, велика кількість зайвих параклінічних обстежень додають ятрогенних ускладнень пацієнту, віддаляючи встановлення правильного діагнозу та призначення адекватного лікування на

роки та збільшуючи фінансовий тягар як на хворого, так і на суспільство [8].

З огляду на це зрозуміло, що широке знайомство з діагностичною категорією РСС є вкрай важливим з практичної точки зору. Уніфікація підходів до діагностики РСС на платформі DSM-5 [5] могла б стати важливим кроком у даному напрямку. Зважаючи на це, метою цієї лекції стало висвітлення сучасної діагностичної парадигми РСС та доказових підходів до ведення пацієнтів з даними розладами.

РСС та інші розлади, в клінічній структурі яких переважають соматичні порушення, наразі складають новий розділ DSM-5 – «Розлади з соматичними симптомами та пов'язані з ними розлади». До них належать: власне РСС, тривожний розлад наявності захворювання, конверсійний розлад (розлад з функціональними не-

врологічними симптомами), психологічні фактори, що впливають на інші медичні стани, симулятивний розлад, інші специфічні та неспецифічні розлади з соматичними симптомами (табл. 1).

Назва основного представника цього класу психічних розладів – РСС – підкреслює той факт, що його діагноз встановлюють на підставі позитивних симптомів (виразних соматичних скарг у поєднанні з дисфункціональними думками, відчуттями та поведінкою), радше ніж відсутності медичного пояснення соматичних симптомів. Відмітною характеристикою РСС є не лише соматичні симптоми самі по собі, а й те, яким чином пацієнти інтерпретують їх. Включення афективного, когнітивного та поведінкового компонента до критеріїв РСС сприяє більш повному та точному зображенню клінічної картини, ніж це можливо лише шляхом оцінки соматичних скарг [7].

Принципові зміни критеріїв РСС у DSM-5, порівняно з DSM-IV, мають вирішальне значення для розуміння внутрішньої суті даного розладу. Діагностичний конструкт соматоформних розладів за DSM-IV був досить суперечливим та не мав чітких меж серед представників цього класу. Для вирішення даної проблеми у DSM-5 зменшено загальну кількість порушень цього класу, а також їх підкатегорій [5].

Попередні критерії переоцінювали діагностичне значення неможливості медичного пояснення соматичних або неврологічних симптомів [7]. Такі симптоми певною мірою справді мають місце, особливо при конверсійному розладі, але РСС може супроводжувати й інші медичні захворювання. Надійність встановленого факту неможливості пояснення соматичного симптому суттєво обмежена, тому встановлення діагнозу РСС на цьому тлі є сумнівним. Більше того, наявність соматичного захворювання не виключає можливості супутнього психічного розладу, в тому числі РСС. Нова класифікація визначає РСС як сукупність позитивних симптомів (виразні соматичні симптоми у поєднанні з дисфункціональними думками, відчуттями та поведінкою у відповідь на ці симптоми) [5]. Водночас, неможливість медичного пояснення симптомів лишається ключовою характеристикою конверсійного розладу та псевдовагітності, оскільки у цих випадках є можливість продемонструвати відсутність патофізіологічного пояснення чинних проявів.

Важливо зазначити, що низка психічних розладів можуть також маніфестувати переважно соматичними симптомами (такі як великий депресивний та панічний розлад) [10]. Ці діагнози можуть як включати соматичні симптоми, так і співіснувати з РСС. Існує також висока соматична коморбідність серед пацієнтів з РСС. Хоча соматичні симптоми часто асоціюються з психологічним дистресом та психопатологічними станами, деякі РСС та пов'язані з ними розлади можуть виникати спонтанно, а їх причини лишатися нез'ясованими. Тривожні та депресивні розлади можуть супроводжуватися РСС. У цьому випадку соматичний компонент клінічної картини додає їм тяжкості та складності, і навіть резистентності до традиційного лікування. У деяких випадках ступінь стурбованості соматичними симптомами може бути настільки виразним, що це виправдовує встановлення діагнозу маячного розладу [5].

У розвиток РСС робить внесок значна кількість факторів [16]. До них належать генетична та біологічна схильність (наприклад, підвищена чутливість до болю), травматичні події у ранньому віці (такі як фізичне та сексуальне насилля), набутий досвід привертання уваги до себе через соматичну хворобу, поряд з культуральними / соціальними нормами, що знецінюють та стигматизують психологічні страждання, порівняно з соматичними проблемами. Культуральні відмінності надання медичної допомоги впливають на презентацію, сприйняття та менеджмент соматичних проявів. Відмінності у проявах соматичних симптомів вірогідно є результатом взаємодії численних факторів культурального підґрунтя індивіда, яке впливає на ідентифікацію та класифікацію соматичних відчуттів, сприйняття захворювання та пошук медичної допомоги у відповідь на ці відчуття [6]. Таким чином, соматичні симптоми можуть бути розглянуті як прояв персонального страждання, що інтегровані у культуральний та соціальний контекст.

Пацієнти із розладами з соматичними симптомами та пов'язаними розладами характеризуються явною зосередженістю на соматичних проблемах і в першу чергу звертаються до загальномедичних, а не психіатричних закладів. Критерії РСС за DSM-5 пропонують більш клінічно корисний метод характеристики пацієнтів, у яких в минулому був встановлений діагноз соматоформного розладу. Приблизно 75 % осіб зі встановленим раніше діагнозом «іпохондрія» відповідають критеріям РСС. Тим не менш, інші 25 % пацієнтів з іпохондрією мають підвищену тривогу щодо здоров'я без наявних соматичних симптомів та більшість їх симптомів не відповідають діагнозу тривожного розладу. Для цієї категорії пацієнтів у DSM-5 запропоновано діагноз *тривожного розладу наявності захворювання*. Внаслідок надмірної зосередженості на соматичних проблемах, а також через те, що тривожний розлад наявності захворювання частіше зустрічається у загальномедичних закладах, він включений до розділу РСС. Істотною особливістю *конверсійного розладу* є наявність неврологічних симптомів, що несумісні з неврологічною патофізіологією. Суттєвою рисою *психологічних факторів, що впливають на інші медичні стани*, є присутність одного / декількох клінічно значущих психологічних або поведінкових факторів, що негативно впливають на стан здоров'я, збільшуючи ризик страждання, смерті чи інвалідності. *Симулятивний розлад*, як і інші соматичні симптоми та супутні розлади, включає персистуючі проблеми, пов'язані зі сприйняттям та ідентифікацією хвороби. У більшості зареєстрованих випадків симулятивного розладу у пацієнтів присутні соматичні симптоми та переконання у хворобі. Тому у класифікації DSM-5 симулятивний розлад також розташований у розділі РСС. До *інших специфічних / неспецифічних та пов'язаних із ними розладів із соматичними симптомами* відносять розлади, які відповідають лише деяким критеріям РСС або тривожного розладу наявності захворювання або псевдовагітності.

Найпоширенішим представником серед перерахованих розладів є РСС, нижче розглянемо його більш детально.

Таблиця 1. Класифікація розладів із соматичними симптомами за DSM-5 [5]

Назва розладу українською	Назва розладу англійською	Код за DSM-5	Еквівалент за МКХ-10	Код за МКХ-10
Розлад із соматичними симптомами	Somatic symptom disorder	300.82	Недиференційований соматоформний розлад	F45.1
Тривожний розлад наявності захворювання	Illness anxiety disorder	300.7	Іпохондричний розлад	F45.2
Конверсійний розлад (розлад з функціональними та неврологічними симптомами)	Conversion disorder (functional neurological symptom disorder)	300.11	Конверсійні моторні розлади Конверсійні конвульсії Конверсійна анестезія Змішані конверсійні розлади	F44.4 F44.5 F44.6 F44.7
Психологічні фактори, що впливають на інші медичні стани	Psychological factors affecting other medical conditions	316	Психологічні та поведінкові фактори, пов'язані з порушеннями або захворюваннями, що належать до інших рубрик МКХ-10	F54
Симулятивний розлад	Factitious disorder	300.19	Умисне викликання або симуляція симптомів або інвалідності фізичного або психологічного характеру	F68.10
Інші специфічні та пов'язані з ними розлади із соматичними симптомами	Other specified somatic symptom and related disorder	300.89	Інші соматоформні розлади	F45.8
Неспецифічні та пов'язані з ними розлади із соматичними симптомами	Unspecified somatic symptom and related disorder	300.82	Соматоформні розлади неуточнені	F45.9

### Епідеміологія РСС

Від 10 до 15 % пацієнтів турбує багато симптомів протягом більше ніж 2 років, що не мають клінічного пояснення. Достеменно поширеність РСС невідома, але може коливатися від 5 до 7 % [5]. Серед хворих на РСС переважають жінки – 75 % [9, 27, 32, 71]. Велика частка пацієнтів, як чоловіків, так і жінок, також мають критерії іншого психічного розладу.

### Етіологія

Важливими чинниками соматизації є гострі та хронічні емоційні / психологічні стреси, конфлікти в поєднанні з дефіцитом емоційної обробки [68], тенденції ухилення, а також соціальні, культуральні або сімейні табу стосовно прояву емоцій [39]. Посилює соматичні симптоми ставлення оточуючих, бо людина з фізичною хворобою отримує більше співчуття, ніж та, що виявляє психологічне страждання [58]. Також сприяють прояву РСС порушення уваги та контролю через дисоціацію та неправильне тлумачення подій [12].

### Ризики та прогностичні фактори

**Темперамент.** Негативна афективність (нейротизм) є незалежним фактором ризику великої кількості соматич-

них симптомів. Супутня тривога або депресія посилюють симптоми та порушення функціонування.

**Навколишнє середовище.** РСС частіше зустрічається у людей з низьким рівнем освіти та соціально-економічного статусу, а також тих, хто нещодавно пережив стресові події.

### Патофізіологія

РСС може виникнути внаслідок загального сенсорного посилення тілесних симптомів, що пов'язано з острівцевою корою [29]. Попередні нейровізуалізаційні дані свідчать про високу активність лімбічних регіонів у відповідь на болісні подразники [13]. Крім того, посилення соматизації може виникнути, коли раніше сенсibiliзовані цитокінові системи мозку реактивуються інфекційною або неінфекційною травмою [20]. Цитокіни, що впливають на мозок, імовірно, відповідають за прояв хворобливої поведінки [17]. Хронічна активація імунної системи у відповідь на стрес може сенсibiliзувати відповідь цитокінів. Центральна сенсibiliзація також відіграє важливу роль у патогенезі симптомів [78].

### Діагностичні риси РСС

Діагностичні критерії РСС наведені у таблиці 2. Пацієнти з РСС скаржаться на численні соматичні

Таблиця 2. Діагностичні критерії РСС за DSM-5 [5]

<p>A. Присутність одного або декількох соматичних симптомів, що турбують особу або призводять до серйозних порушень її повсякденного життя.</p> <p>B. Наявність надмірних думок, відчуттів або поведінки, пов'язаних із соматичними симптомами або проблемами зі здоров'ям, що проявляються принаймні одним із нижченаведеного:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Неспівмірні та постійні думки щодо серйозності своїх симптомів.</li> <li>2. Постійно високий рівень тривоги щодо здоров'я або симптомів.</li> <li>3. Надмірний час та енергія присвячуються симптомам або проблемам зі здоров'ям.</li> </ol> <p>C. Симптоми персистують (зазвичай більше ніж 6 місяців), хоча будь-який з них може бути присутнім не постійно.</p>
<p><b>Специфікатори</b></p> <p><b>З переважанням болю</b> (раніше больовий розлад): соматичні симптоми переважно пов'язані із болем.</p> <p><b>Персистуючий (безперервний) перебіг:</b> протягом тривалого терміну (більше ніж 6 місяців) присутні тяжкі симптоми та виражене функціональне порушення.</p> <p><b>Ступінь тяжкості розладу</b></p> <p><b>Легкий:</b> наявний лише один симптом критерію B.</p> <p><b>Помірний:</b> наявні два або більше симптомів критерію B.</p> <p><b>Тяжкий:</b> наявні два або більше симптомів критерію B у поєднанні з численними соматичними скаргами (або одним тяжким соматичним симптомом)</p>

симптоми, що значно порушують їх повсякденне життя (Критерій А). Інколи присутній лише один тяжкий симптом, найчастіше – біль. Симптоми можуть бути як специфічними (наприклад, локалізований біль), так і відносно неспецифічними (наприклад, втомлюваність). Інколи симптоми є нормальними тілесними відчуттями або дискомфортом, що взагалі не вказують на наявність серйозного захворювання. Діагноз РСС не виключає наявності супутньої соматичної хвороби. Наприклад, людина може втратити працездатність через РСС, що розпочався після неускладненого інфаркту міокарда, навіть якщо інфаркт міокарда сам по собі не призвів до інвалідності. При наявності супутнього соматичного захворювання або його підвищеного ризику (наприклад, за сімейним анамнезом) для діагностики РСС повинен виконуватися критерій В, тобто думки, почуття та поведінка, що пов'язані із цим станом, мають бути надмірними [5]. Особи із РСС, як правило, мають високий рівень занепокоєння щодо наявності хвороби. Вони розцінюють свої тілесні симптоми як надмірно загрозливі, шкідливі або неприємні і часто думають про найгірше стосовно свого здоров'я. Навіть коли докази вказують на протилежне, деякі пацієнти все ще бояться серйозності своїх симптомів. При тяжкому РСС проблеми зі здоров'ям можуть відігравати ключову роль у житті людини та стати рисою її особистості чи домінувати у стосунках з іншими.

Дистрес пацієнтів з РСС головним чином спричиняють соматичні симптоми та їх значення для людини. Зазвичай вони пов'язані з іншими аспектами повсякденного життя, порушуючи його якість [79]. При тяжкому РСС ці порушення є вираженими і можуть призвести до інвалідності.

Високий рівень використання медичної допомоги при РСС рідко усуває стурбованість особи [8], тому пацієнт може звертатись по допомогу до багатьох лікарів через одні й ті ж самі симптоми. Часто такі пацієнти не відповідають на медичне втручання, а нові інтервенції можуть лише загострити наявні симптоми. Крім того, деякі пацієнти з РСС бувають надто чутливими до побічних ефектів лікарських препаратів; деяким здається, що їхня медична оцінка та лікування були недостатніми.

### **Додаткові характеристики, що підтверджують діагноз**

Когнітивні особливості при РСС включають зосередження уваги на соматичних симптомах, віднесення нормальних тілесних відчуттів до фізичної хвороби (можливо, з катастрофічними інтерпретаціями), занепокоєння щодо наявності хвороби та стурбованість, що будь-яка фізична активність може зашкодити організму [60]. До відповідних особливостей поведінки відносять повторювану перевірку тіла на аномалії, пошук медичної допомоги та заспокоєння, уникнення фізичної активності. Найвираженіші поведінкові розлади виявляють при тяжкому безперервному РСС. Під час медичних консультацій пацієнти настільки фокусуються на своїх занепокоєннях щодо соматичних симптомів, що неможливо перемкнути їхню увагу на щось інше. Будь-яке запевнення лікарем, що їх симптоми не свідчать на користь серйозної фізичної хвороби, як правило, має недовготривалий ефект та / або інтерпретується паці-

ентами як недостатньо серйозне ставлення лікаря до їх захворювання. Оскільки фокусування на соматичних симптомах є головною ознакою розладу, люди з РСС зазвичай звертаються до фахівців загальних медичних послуг, а не психіатрів [18].

Доведено, що РСС співіснують із депресивними розладами та розладами особистості, збільшуючи ризик самогубств [14]. Лишається нез'ясованим, чи пов'язаний РСС із суїцидальним ризиком незалежно від зв'язку з іншими психічними розладами.

### **Особливості перебігу РСС у дитячому та літньому віці**

У дітей найпоширенішими симптомами розладу є рецидивуючі болі у животі, головний біль, втома та нудота [50]. На відміну від дорослих, частіше зустрічається моносимптомний перебіг. В той же час, до досягнення підліткового віку діти досить рідко турбуються про наявність «захворювання». Важливою є реакція батьків на симптоми, що має дитина, бо це може визначити рівень асоційованого дистресу. Саме батьки дають інтерпретацію симптомам та звертаються по медичну допомогу.

У літніх людей соматичні симптоми та супутні захворювання є поширеними [19], тому для встановлення діагнозу вирішальне значення має орієнтація на критерій В. Недостатня діагностика РСС може зустрічатися у літніх людей, бо деякі соматичні симптоми (наприклад, біль та втомлюваність) вважають частиною нормального старіння. Переживання через хворобу є «зрозумілими» через те, що літні люди мають більше загальних медичних захворювань та фармакологічного лікування, ніж молодь. Крім того, у людей похилого віку більш поширені супутні депресивні розлади, яким також притаманні соматичні симптоми.

**Модифікатори перебігу.** Персистуючі соматичні симптоми можуть бути пов'язані із демографічними ознаками (жіноча стать, старший вік, низький рівень освіти, низький соціально-економічний статус, безробіття), історією сексуального насилля або нещасного випадку у дитинстві, супутньою хронічною фізичною хворобою або психічним розладом (депресією, тривогою, дистимією, панікою), соціальним стресом та підкріплюючими соціальними чинниками, такими як вигода від наявності хвороби. Когнітивні фактори, що впливають на клінічний перебіг – це сенсibiлізація до болю, підвищена увага до тілесних відчуттів і віднесення тілесних симптомів до можливого медичного захворювання, а не визначення їх як нормальне явище або результат психологічного стресу.

### **Диференційний діагноз**

Якщо соматичні симптоми узгоджуються з іншим психічним розладом (наприклад, панічним розладом) та виконуються всі критерії цього розладу, тоді цей інший психічний розлад слід розглядати як альтернативний або додатковий діагноз. Окремий діагноз РСС не встановлюють, якщо соматичні симптоми та пов'язані думки, почуття чи поведінка виникають лише під час епізоду великого депресивного розладу. Якщо, як зазвичай буває, присутні критерії як РСС, так і іншого психічного розладу, встановлюють обидва діагнози, оскільки обидва можуть потребувати лікування.

**Інші медичні стани.** Для встановлення діагнозу РСС недостатньо лише соматичних симптомів неясної етіології. Багато пацієнтів з такими розладами як синдром подразненого кишечника або фіброміалгія не будуть мати необхідного критерію В для діагнозу РСС. І навпаки, наявність соматичних симптомів встановленого медичного розладу (наприклад, цукрового діабету або серцево-судинного захворювання) не виключає можливості присутності РСС, якщо є й інші критерії.

**Панічний розлад.** При панічному розладі соматичні симптоми та стурбованість щодо здоров'я присутні лише протягом гострого епізоду, тоді як при РСС тривожність та соматичні симптоми є постійнішими.

**Генералізований тривожний розлад.** Пацієнти з генералізованим тривожним розладом турбуються про численні події, ситуації, справи і лише одна з них може охоплювати їхній стан здоров'я. Основним фокусом є не соматичні симптоми або страх хвороби, як при РСС.

**Депресивні розлади.** Депресивні розлади зазвичай супроводжуються соматичними симптомами. Проте депресивні розлади вирізняються ядром депресивних симптомів – зниженим (дисфоричним) настроєм та ангедонією.

**Тривожний розлад наявності захворювання.** Якщо людина має надмірні переживання щодо здоров'я, але відсутні навіть мінімальні соматичні симптоми, необхідно розглянути діагноз тривожного розладу наявності захворювання.

**Конверсійний розлад (розлад з функціональними неврологічними симптомами).** При конверсійному розладі спостерігають втрату функції, наприклад, однієї кінцівки, тоді як при РСС основна увага приділяється стражданню, яке викликають певні симптоми. Для диференційної діагностики цих двох розладів можуть бути корисними характерні особливості, що перераховані в Критерії В для РСС.

**Маячний розлад.** При РСС переконання пацієнта, що соматичні симптоми можуть бути проявом серйозного фізичного захворювання, не настільки інтенсивні, як при маяченні. Тим не менш, переконання щодо значення соматичних симптомів можуть міцно утримуватися, тоді як при маячному розладі соматичного підтипу вірування у соматичні симптоми і поведінка сильніші, ніж ті, що зустрічаються при РСС.

**Тілесний дисморфічний розлад.** При тілесному дисморфічному розладі людина надмірно стурбована сприйманим недоліком її фізичного вигляду. Водночас при РСС стурбованість про соматичні симптоми відображає страх наявності захворювання, а не дефект зовнішності.

**Обсесивно-компульсивний розлад.** При РСС повторювані ідеї про соматичні симптоми або хворобу є менш нав'язливими. Особи з цим розладом виявляють пов'язану з ними повторювану поведінку, спрямовану на зменшення тривожності, що притаманна обсесивно-компульсивному розладу.

## Коморбідність

РСС пов'язаний із високим рівнем захворюваності на супутні хвороби, тривожні та депресивні розлади. При наявності одночасно медичної хвороби ступінь порушення більш виражений, ніж можна очікувати тільки від фізичної хвороби. Коли симптоми пацієнта відповідають

діагностичним критеріям РСС, слід встановлювати діагноз РСС; однак, з огляду на поширену коморбідність, особливо з тривожними та депресивними розладами, необхідно розглянути також докази супутнього діагнозу.

## Лікування

При виборі терапії лікарі мають слідувати пацієнт-орієнтованому покроковому підходу [72], беручи до уваги фактори ризику окремого пацієнта [38, 67]. Комплексний міждисциплінарний підхід є необхідним для всіх пацієнтів. Терапія РСС передбачає залучення психіатрів, психотерапевтів, лікарів загальної практики (коли це необхідно) та призначення препаратів для лікування соматичної, депресивної або тривожної симптоматики. Для оцінки динаміки, підтримки терапевтичних відносин, а також щоб уникнути припинення терапії та проведення зайвих тестів / процедур необхідно розпланувати короткі регулярні візити до лікаря. Також можуть бути корисними щотижневі телефонні розмови [21]. Загалом, метою втручання є належне управління розладом.

Нижче наведено алгоритм ведення пацієнтів з РСС згідно з рекомендаціями VMJ Best Practice (табл. 3) [82]. Лікування розпочинають з еклектичної психотерапії (I лінія). При наявності супутньої тривоги або депресії додатково призначають антидепресанти (АД). При відсутності відповіді на втручання I лінії вживають заходи II та III ліній лікування.

Таблиця 3. Алгоритм лікування РСС (за [82])

Без супутнього тривожного або депресивного розладу		З супутнім тривожним або депресивним розладом	
<i>I лінія</i>	Еклектична психотерапія	<i>I лінія</i>	Еклектична психотерапія
<i>Плюс</i>	Консультація психіатра	<i>Плюс</i>	Консультація психіатра
<i>Додатково</i>	Фізична активність	<i>Плюс</i>	Антидепресанти
<i>Додатково</i>	Релаксаційні техніки	<i>Додатково</i>	Фізична активність
		<i>Додатково</i>	Релаксаційні техніки
<i>II лінія</i>	Антидепресанти	<i>II лінія</i>	Інші види психотерапії
		<i>Плюс</i>	Антидепресанти
<i>III лінія</i>	Інші види психотерапії	<i>III лінія</i>	Атипові антипсихотики

## Психотерапевтичні втручання

Психотерапія є основним втручанням для більшості пацієнтів. Позитивні результати показали когнітивно-поведінкова психотерапія (КПТ) [30, 45, 46, 73], керована самодопомога на основі КПТ [36, 64], групові тренінги КПТ [81], терапія повного осмислення (Mindfulness therapy) [25, 26], короткочасна динамічна психотерапія [1, 2, 22], навчання реатрибуції (альтернативному мисленню) [55] та посилена психодинамічна міжособистісна психотерапія [53, 61]. У клінічній практиці найчастіше застосовують еклектичні психотерапевтичні підходи, проте доказова база цього методу обмежена [41, 52] та потребує проведення більшої кількості рандомізованих контрольованих досліджень [40, 52]. Еклектична психотерапія поєднує в

собі елементи КПТ, терапії повного осмислення, міжособистісної психотерапії та короткострокової динамічної психотерапії. Окрім еkleктичної психотерапії, пацієнти із РСС потребують консультації психіатра.

У пацієнтів з РСС може бути ефективною коротка мультимодальна психосоматична терапія (КМПТ) [77], що проводиться фізіотерапевтом. КМПТ використовує індивідуалізований підхід, щоб дозволити пацієнтам керувати своїми соматичними симптомами, включає елементи психоосвіти, релаксаційної терапії, терапії повного осмислення, активаційної терапії, а також когнітивні та поведінкові підходи.

Пацієнти, що не відповіли на початкову терапію (еклектичну психотерапію та / або фармакотерапію), можуть отримати користь від інших видів психотерапії:

- Психодинамічної;
- Сімейної терапії: визначення невимовних дилем (придушених конфліктів, що виникають внаслідок сімейних, соціальних чи політичних подій, через переконання, що вони мають залишатися прихованими від ключових осіб) [62]; припинення подружнього підкріплення хворобливої поведінки пацієнта [31];
- Групової терапії;
- Діалектично-поведінкової терапії: використання тренувань *in vivo*, домашніх завдань та групових вправ, щоб навчити пацієнтів справлятися зі швидкою зміною емоцій та проблемною реакцією на емоційні подразники (особливо при супутньому пограничному розладі особистості) [76];
- Терапії парадоксальної інтенції (заохочення пацієнта навмисно займатися небажаною поведінкою);
- Методу десенсибілізації та переробки рухами очей (особливо при наявності супутнього посттравматичного стресового розладу).

### Терапія РСС без супутнього тривожного або депресивного розладу

Лікування розпочинають з еkleктичної психотерапії (що поєднує КПТ, терапію повного осмислення та / або короткочасну динамічну психотерапію) [1, 73] та консультації психіатра (рівень доказовості В).

КПТ включає:

- Зменшення фізіологічного збудження за допомогою методів релаксації;
- Підвищення регуляції активності за рахунок вправ, участі у приємних та важливих заходах;
- Поступове збільшення активності;
- Підвищення обізнаності про емоції;
- Зміну дисфункціональних думок;
- Поліпшення вираження думок і емоцій;
- Зменшення подружнього підкріплення хворобливої поведінки.

Крім еkleктичної психотерапії застосовують додаткові методи лікування:

- Градуйовані фізичні навантаження: тренування розпочинають з легких вправ, поступово збільшуючи їх кількість та інтенсивність (рівень доказовості В) [47];
- Навчання біологічного зворотного зв'язку: для усвідомлення пацієнтом зв'язку між розумом та тілом, а також навчання релаксаційним технікам

(що особливо необхідні пацієнтам зі скаргами на сечостатеву та шлунково-кишкову системи).

У разі неефективності еkleктичної психотерапії та консультації психіатра призначають АД (II лінія) (рівень доказовості В). АД, що застосовують при РСС без супутньої тривоги або депресії, включають: селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну – СІЗЗС (есциталопрам, циталопрам, сертралін, флуоксетин, пароксетин, флувоксамін), інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну – ІЗЗСН (венлафаксин, дезвенлафаксин та дулоксетин), трициклічні антидепресанти – ТЦА (нортриптилін, амітриптилін, іміпрамін, докsepін). При лікуванні хронічних больових симптомів препаратами першої лінії є ІЗЗСН, нортриптилін, амітриптилін. Діапазон рекомендованих доз препаратів наведений в таблиці 4.

Порівняно з плацебо, АД терапія ефективніша при лікуванні симптомів, що не мають медичного пояснення. При цьому жодний клас АД не відрізняється за ефективністю при РСС (рівень доказовості С) [42]. Тому вибір АД в першу чергу пов'язаний з найкращим профілем побічних ефектів. Останні можуть посилювати сприйняття соматичних симптомів [42]. У цьому аспекті слід відзначити перевагу есциталопраму, безпечність якого, порівняно з іншими сучасними АД, була доведена при лікуванні гострої фази депресивного розладу [15]. Аналіз великої кількості порівняльних досліджень показав, що прийом есциталопраму достовірно рідше призводить до припинення лікування через побічні ефекти, ніж застосування інших АД.

Серед переваг препарату можна також відзначити найменший ступінь взаємодії з ізоферментами цитохрому Р450, порівняно з іншими СІЗЗС, що знижує вірогідність взаємодії з іншими медикаментами. Лікування АД розпочинають з низьких доз, титруючи дозу препарату залежно від відповіді. При неефективності фармакологічного лікування можливе використання іншого виду психотерапії.

### Лікування РСС з супутнім депресивним або тривожним розладом

I лінія лікування включає еkleктичну психотерапію (включаючи КПТ (рівень доказовості А), терапію повного осмислення та / або короткочасну динамічну психотерапію і міжособистісну психотерапію) [1, 11], консультацію психіатра (рівень доказовості В) [65] та призначення АД всім пацієнтам. Варіанти фармакотерапії супутньої депресії або тривоги включають СІЗЗС, ІЗЗСН, ТЦА, міртазапін та бупропіон. Дози препаратів перераховані в таблиці 4. Пацієнти також можуть отримати переваги від додаткових методів лікування, що були перераховані вище.

У пацієнтів, стан яких не покращився на фоні еkleктичної психотерапії та лікування АД, застосовують інші види психологічної терапії. Атипові антипсихотичні препарати (ААП) можуть бути випробувані у пацієнтів, які не реагують на інші види психотерапії. Якщо присутні значні порушення сну призначають ААП з седативним ефектом, наприклад, кветіапін увечері. Якщо викликає занепокоєння можливість підвищення ваги, перевага має бути надана арипіпразолу або зипразидону. Перелік ААП

Таблиця 4. Перелік антидепресантів для лікування РСС (за [82])

Назва препарату	Початкова доза	↑ дози залежно від відповіді
<b>Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну</b>		
Есциталопрам	5 мг 1 раз/добу	тах. 20 мг/добу
Сертралін	25 мг 1 раз/добу	тах. 200 мг/добу
Циталопрам	10 мг 1 раз/добу	тах. 40 мг/добу
Флуоксетин	10 мг 1 раз/добу	тах. 60 мг/добу у 1-2 прийоми
Флувоксамін	25 мг 1 раз/добу	тах. 300 мг/добу у 2 прийоми
Пароксетин	10 мг (IR) 1 раз/добу	тах. 50 мг/добу
<b>Інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну</b>		
Дулоксетин	20–30 мг 1 раз/добу	тах. 60 мг/добу
Венлафаксин	37,5 мг/добу (IR/ХР), у 1–2 прийоми	тах. 300 мг/добу
Дезвенлафаксин	50 мг 1 раз/добу	тах. 100 мг/добу
<b>Трициклічні антидепресанти</b>		
Амітриптилін	25 мг 1 раз/добу перед сном	тах. 200 мг/добу у 1–4 прийоми
Іміпрамін	25 мг 1 раз/добу перед сном	тах. 300 мг/добу у 1–4 прийоми
Доксепін	25 мг 1 раз/добу перед сном	тах. 300 мг/добу у 1–4 прийоми
<b>Селективний інгібітор зворотного захоплення норадреналіну та дофаміну</b>		
Бупропіон	150 мг 1 раз/добу	тах. 400 мг/добу у 2 прийоми
<b>Норадренергічні та специфічні серотонінергічні антидепресанти</b>		
Міртазапін	15 мг 1 раз/добу	тах. 45 мг/добу

Таблиця 5. Перелік ААП для лікування РСС з супутнім тривожним або депресивним розладом (за [82])

Назва препарату	Початкова доза	↑ дози залежно від відповіді
Кветіапін	25 мг (IR) 1 раз/добу	тах. 400 мг/добу у 1–3 прийоми
Арипіпразол	2 мг 1 раз/добу	тах. 15 мг/добу
Зипразидон	20 мг 2 рази/добу	тах. 160 мг/добу
Оланзапін	2,5 мг 1 раз/добу	тах. 10 мг на добу
Рисперидон	0,5 мг 1 раз/добу	тах. 4 мг/добу у 1–2 прийоми

при РСС з тривожними або депресивними симптомами в якості III лінії фармакотерапії наведений у таблиці 5. Лікування ААП розпочинають з низьких доз, поступово титруючи дозу залежно від відповіді на фармакологічне втручання.

## Моніторинг динаміки симптомів

Для оцінки динаміки, підтримки терапевтичних відносин, уникнення припинення прийому препарату та запобігання проведенню зайвих тестів або процедур необхідно планувати регулярні короткі візити пацієнта до лікаря.

Комплексний міждисциплінарний підхід є необхідним для всіх пацієнтів. Він включає застосування різних

видів терапії, як психотерапевтичної, так і фармакологічної, а також додаткових методів лікування. Міждисциплінарний підхід полягає у співпраці між різними фахівцями, що надають допомогу, зокрема між психіатром та лікарем первинної ланки медичної допомоги, задля регулярного моніторингу стану пацієнта.

## Список використаної літератури / References

- Abbass, A., Kisely, S., & Kroenke, K. (2009). Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders: systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Psychotherapy and Psychosomatics*, vol. 78, pp. 265–274.
- Abbass, A. A., Kisely, S. R., Town, J. M., Leichsenring, F., Driessen, E., De Maat, S., ... Crowe, E. (2014). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 7, art. no. CD004687. DOI: 10.1002/14651858.CD004687.pub4.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., ... European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. (2004). Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, vol. 420, pp. 38–46.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Bagayo, I. P., Interian, A., & Escobar, J. I. (2013). Transcultural aspects of somatic symptoms in the context of depressive disorders. *Advances in Psychosomatic Medicine*, vol. 33, pp. 64–74. DOI: 10.1159/000350057. Epub 2013 Jun 25.
- Barsky, A. J. (2016). Assessing the New DSM-5 Diagnosis of Somatic Symptom Disorder. *Psychosomatic Medicine*, vol. 78, issue 1, pp. 2–4. DOI: 10.1097/PSY.0000000000000287.
- Barsky, A. J., Orav, E. J., & Bates, D. W. (2005). Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, vol. 62, issue 8, pp. 903–910.
- Barsky, A. J., Peekna, H. M., & Borus, J. F. (2001). Somatic symptom reporting in women and men. *Journal of General Internal Medicine*, vol. 16, pp. 266–275.
- Bekhuis, E., Boschloo, L., Rosmalen, J. G., & Schoevers, R. A. (2015). Differential associations of specific depressive and anxiety disorders with somatic symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 78, issue 2, pp. 116–122. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2014.11.007. Epub 2014 Nov 14.
- Bernardy, K., Füßer, N., Köllner, V., & Häuser, W. (2010). Efficacy of cognitive-behavioral therapies in fibromyalgia syndrome: a systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. *Journal of Rheumatology*, vol. 37, pp. 1991–2005.
- Brown, R. J. (2002). The cognitive psychology of dissociative states. *Cognitive Neuropsychiatry*, vol. 7, pp. 221–235.
- Browning, M., Fletcher, P., & Sharpe, M. (2011). Can neuroimaging help us to understand and classify somatoform disorders? A systematic and critical review. *Psychosomatic Medicine*, vol. 73, pp. 173–184.
- Chioqueta, A. P., & Stiles, T. C. (2004). Suicide risk in patients with somatization disorder. *Crisis*, vol. 25, issue 1, pp. 3–7.
- Cipriani, A., Santilli, C., Furukawa, T. A., Signoretti, A., Nakagawa, A., McGuire, H., ... Barbui, C. (2009). Escitalopram versus other antidepressive agents for depression. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 2, art. no. CD006532. DOI: 10.1002/14651858.CD006532.pub2.
- Coicu, C., Chwastiak, L., & Katon, W. (2014). Approach to the patient with multiple somatic symptoms. *Medical Clinics of North America*, vol. 98, issue 5, pp. 1079–1095.
- Dantzer, R., & Kelley, K. W. (2007). Twenty years of research on cytokine-induced sickness behavior. *Brain, Behavior, and Immunity*, vol. 21, pp. 153–160.
- De Waal, M. W., Arnold, I. A., Eekhof, J. A., & van Hemert, A. M. (2004). Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *British Journal of Psychiatry*, vol. 184, pp. 470–476.
- Dehoust, M. C., Schulz, H., Härter, M., & Andreas, S. (2013). Is all we know that we know nothing? A critical review of the prevalence of somatoform disorders in the elderly. *Open Journal of Psychiatry*, vol. 3, pp. 375–383.
- Dimsdale, J. E., & Dantzer, R. (2007). A biological substrate for somatoform disorders: importance of pathophysiology. *Psychosomatic Medicine*, vol. 69, pp. 850–854.
- Drane, D. L., LaRoche, S. M., Ganesh, G. A., Teagarden, D., & Loring, D. W. (2016). A standardized diagnostic approach and ongoing feedback improves outcome in psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, vol. 54, pp. 34–39.
- Erceg-Hurn, D. M. (2011). Psychodynamic therapy for somatic disorder meta-analysis raises more questions than answers. *Psychotherapy and Psychosomatics*, vol. 80, pp. 182–183.
- Fjorback, L. O., Arendt, M., Ornbøl, E., Walach, H., Rehfeld, E., Schröder, A., & Fink, P. (2013). Mindfulness therapy for somatization disorder and functional somatic syndromes: randomized trial with one-year follow-up. *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 74, pp. 31–40.

23. Fjorback, L. O. (2012). Mindfulness and bodily distress. *Danish Medical Journal*, vol. 59, pp. B4547.
24. Ford, C. V., & Folks, D. G. (1985). Conversion disorders: an overview. *Psychosomatics*, vol. 26, pp. 371–374, 380–383.
25. Geisser, M. E., Strader Donnell, C., Petzke, F., Gracely, R. H., Clauw, D. J., & Williams, D. A. (2008). Comorbid somatic symptoms and functional status in patients with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome: sensory amplification as a common mechanism. *Psychosomatics*, vol. 49, pp. 235–242.
26. Goldstein, L. H., Chalder, T., Chigwedere, C., Khondoker, M. R., Moriarty, J., Toone, B. K., & Mellers, J. D. (2010). Cognitive-behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures: a pilot RCT. *Neurology*, vol. 74, pp. 1986–1994.
27. Griffith, J. L., Polles, A., & Griffith, M. E. (1998). Pseudoseizures, families, and unspeakable dilemmas. *Psychosomatics*, vol. 39, pp. 144–153.
28. Guz, H., Doganay, Z., Ozkan, A., Colak, E., Tomac, A., & Sarisoy, G. (2004). Conversion and somatization disorders: dissociative symptoms and other characteristics. *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 56, pp. 287–291.
29. Haller, H., Cramer, R., Lauche, R., & Dobos, G. (2015). Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care. *Deutsches Ärzteblatt International*, vol. 112, issue 16, pp. 279–287. DOI: 10.3238/arztebl.2015.0279.
30. Hanel, G., Henningsen, P., Herzog, W., Sauer, N., Schaefer, R., Szecsenyi, J., & Löwe, B. (2009). Depression, anxiety, and somatoform disorders: vague or distinct categories in primary care? Results from a large cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 67, issue 3, pp. 189–197. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2009.04.013. Epub 2009 Jun 27.
31. Hedman, E., Axelsson, E., Göring, A., Ritzman, C., Ronnheden, M., El Alaoui, S., ... Ljótsson, B. (2014). Internet-delivered exposure-based cognitive-behavioural therapy and behavioural stress management for severe health anxiety: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, vol. 205, pp. 307–314.
32. Heinbokel, C., Lehmann, M., Pohontsch, N. J., Zimmermann, T., Althaus, A., Scherer, M., & Löwe, B. (2017). Diagnostic barriers for somatic symptom disorders in primary care: study protocol for a mixed methods study in Germany. *BMJ Open*, vol. 7, issue 8, pp. e014157. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-014157.
33. Joint Working Group of the Royal College of General Practitioners and the Royal College of Psychiatrists. (2009). *The management of patients with physical and psychological problems in primary care: a practical guide*. Available at: www.rcgp.org.uk.
34. Katon, W., Kleinman, A., & Rosen, G. (1982). Depression and somatization: a review: part I. *American Journal of Medicine*, vol. 72, pp. 127–135.
35. Kisely, S. R., Campbell, L. A., Yelland, M. J., & Paydar, A. (2015). Psychological interventions for symptomatic management of non-specific chest pain in patients with normal coronary anatomy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 6, art. no. CD004101.
36. Kleinstäuber, M., Witthöft, M., & Hiller, W. (2011). Efficacy of short-term psychotherapy for multiple medically unexplained physical symptoms: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, vol. 31, pp. 146–160.
37. Kleinstäuber, M., Witthöft, M., Steffanowski, A., van Marwijk, H., Hiller, W., & Lambert, M. J. (2014). Pharmacological interventions for somatoform disorders in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 11, art. no. CD010628. DOI: 10.1002/14651858.CD010628.pub2.
38. Kohlmann, S., Gierk, B., Hilbert, A., Brähler, E., & Löwe, B. (2016). The overlap of somatic, anxious and depressive syndromes: A population-based analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 90, pp. 51–56. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2016.09.004. Epub 2016 Sep 10.
39. LaFrance, W. C. Jr., Baird, G. L., Barry, J. J., Blum, A. S., Frank Webb, A., Keitner, G. I., ... NES Treatment Trial (NEST-T) Consortium. (2014). Multicenter pilot treatment trial for psychogenic nonepileptic seizures: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, vol. 71, pp. 997–1005.
40. LaFrance, W. C. Jr., Miller, I. W., Ryan, C. E., Blum, A. S., Solomon, D. A., Kelley, J. E., & Keitner, G. I. (2009). Behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, vol. 14, pp. 591–596.
41. Larun, L., Brurberg, K. G., Odgaard-Jensen, J., & Price, J. R. (2017). Exercise therapy for chronic fatigue syndrome. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 4, art. no. CD003200. DOI: 10.1002/14651858.CD003200.pub7.
42. Malas, N., Ortiz-Aguayo, R., Giles, L., & Ibeziako, P. (2017). Pediatric Somatic Symptom Disorders. *Current Psychiatry Reports*, vol. 19, issue 2, pp. 11. DOI: 10.1007/s11920-017-0760-3.
43. Martlew, J., Pulman, J., & Marson, A. G. (2014). Psychological and behavioural treatments for adults with non-epileptic attack disorder. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 2, art. no. CD006370.
44. Mayor, R., Howlett, S., Grünewald, R., & Reuber, M. (2010). Long-term outcome of brief augmented psychodynamic interpersonal therapy for psychogenic nonepileptic seizures: seizure control and health care utilization. *Epilepsia*, vol. 51, pp. 1169–1176.
45. Morriss, R. K., Dowrick, C., Salmon, P., Peters, S., Dunn, G., Rogers, A., ... Gask, L. (2007). Cluster randomised controlled trial of training practices in reattribution for medically unexplained symptoms. *British Journal of Psychiatry*, vol. 191, pp. 536–542.
46. Muller, J. E., Wentzel, I., Koen, L., Niehaus, D. J., Seedat, S., & Stein, D. J. (2008). Escitalopram in the treatment of multisomatoform disorder: A double-blind placebo-controlled trial. *International Clinical Psychopharmacology*, vol. 23, pp. 43–48.
47. Noyes, R. Jr., Holt, C. S., & Kathol, R. G. (1995). Somatization: diagnosis and management. *Archives of Family Medicine*, vol. 4, pp. 790–795.
48. Rief, W., Hiller, W., & Margraf, J. (1998). Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 107, issue 4, pp. 587–595.
49. Sattel, H., Lahmann, C., Gündel, H., Guthrie, E., Kruse, J., Noll-Hussong, M., ... Henningsen, P. (2012). Brief psychodynamic interpersonal psychotherapy for patients with multisomatoform disorder: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, vol. 200, pp. 60–67.
50. Schade, N., Torres, P., & Beyebach, M. (2011). Cost-efficiency of a brief family intervention for somatoform patients in primary care. *Families, Systems, & Health*, vol. 29, pp. 197–205.
51. Sharpe, M., Walker, J., Williams, C., Stone, J., Cavanagh, J., Murray, G., & Carson, A. (2011). Guided self-help for functional (psychogenic) symptoms: a randomized controlled efficacy trial. *Neurology*, vol. 77, pp. 564–572.
52. Smith, G. R. Jr., Monson, R. A., & Ray, D. C. (1986). Psychiatric consultation in somatization disorder: a randomized controlled study. *New England Journal of Medicine*, vol. 314, pp. 1407–1413.
53. Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W. W., McWhinney, I. R., McWilliam, C. L., & Freeman, T. R. (1995). *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
54. Stonnington, C. M., Locke, D. E., Hsu, C. H., Ritenbaugh, C., & Lane, R. D. (2013). Somatization is associated with deficits in affective theory of mind. *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 74, pp. 479–485.
55. Tomasson, K., Kent, D., & Coryell, W. (1991). Somatization and conversion disorders: comorbidity and demographics at presentation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 84, pp. 288–293.
56. Van der Feltz-Cornelis, C. M., Hoedeman, R., Keuter, E. J., & Swinkels, J. A. (2012). Presentation of the Multidisciplinary Guideline Medically Unexplained Physical Symptoms (MUPS) and Somatoform Disorder in the Netherlands: disease management according to risk profiles. *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 72, pp. 168–169.
57. Van Dessel, N., den Boeft, M., van der Wouden, J. C., Kleinstäuber, M., Leone, S. S., Terluin, B., ... van Marwijk, H. (2014). Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 11, art. no. CD011142.
58. Wagner, A. W., Rizvi, S. L., & Harned, M. S. (2007). Applications of dialectical behavior therapy to the treatment of complex trauma-related problems: when one case formulation does not fit all. *Journal of Traumatic Stress*, vol. 20, pp. 391–400.
59. Wortman, M. S., Lucassen, P. L., van Ravesteijn, H. J., Bor, H., Assendelft, P. J., Lucas, C., & Olde Hartman, T. C. (2016). Brief multimodal psychosomatic therapy in patients with medically unexplained symptoms: feasibility and treatment effects. *Family Practice*, vol. 33, pp. 346–353.
60. Yunus, M. B. (2008). Central sensitivity syndromes: a new paradigm and group nosology for fibromyalgia and overlapping conditions, and the related issue of disease versus illness. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, vol. 37, pp. 339–352.
61. Zhang, Y., Fritzsche, K., Leonhart, R., Zhao, X., Zhang, L., Wei, J., ... Schaefer, R. (2014). Dysfunctional illness perception and illness behaviour associated with high somatic symptom severity and low quality of life in general hospital outpatients in China. *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 77, issue 3, pp. 187–195. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2014.06.005. Epub 2014 Jun 22.
62. Zonneveld, L. N., Sprangers, M. A., Kooiman, C. G., van't Spijker, A., & Busschbach, J. J. (2013). Patients with unexplained physical symptoms have poorer quality of life and higher costs than other patient groups: a cross-sectional study on burden. *BMC Health Services Research*, vol. 13, pp. 520. DOI: 10.1186/1472-6963-13-520.
63. Zonneveld, L. N., van Rood, Y. R., Timman, R., Kooiman, C. G., Van't Spijker, A., & Busschbach, J. J. (2012). Effective group training for patients with unexplained physical symptoms: a randomized controlled trial with a non-randomized one-year follow-up. *PLoS One*, vol. 7, pp. e42629 [corrected in: PLoS One. 2013;8].
64. Stonnington, C., Driver-Dunckley, E., Noyes, K. H., & Locke, D. (2018). *Conversion and somatic symptom disorders*. Available at: <http://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/989>.

ПСИХІЧЕСЬКІЕ РАССТРОЙСТВА С СОМАТИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ:  
МЕСТО В СОВРЕМЕННЫХ КЛАССИФИКАЦИЯХ, ДЕФИНИЦИИ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ  
О. А. Левада, А. С. Троян

**Актуальность.** Из-за высокой распространенности в человеческой популяции, существенное ухудшение качества жизни пациентов и значительную стоимость лечения, психические расстройства с соматическими симптомами (ПСС) представляют собой важную медико-социальную проблему. Распространенность ПСС среди пациентов первичного медицинского звена составляет 26–35%. Несвоевременная диагностика, значительное количество лишних параклинических обследований добавляют ятрогенных осложнений пациенту, отдаляя на годы установление правильного диагноза и назначение адекватного лечения, увеличивая финансовое бремя на больного и общество.



**Цель** – ознакомить практикующих врачей с диагностическими подходами к РСС относительно классификации DSM-5 и доказательными методами их лечения.

**Результаты.** Основательно рассмотрен раздел DSM-5 «Расстройства с соматическими симптомами и связанные с ними расстройства», который включает: собственно РСС, тревожное расстройство наличия заболевания, конверсионное расстройство, психологические факторы, влияющие на другие медицинские состояния, симулятивное расстройство, другие специфические и неспецифические расстройства с соматическими симптомами. Сфокусировано внимание на основном представителе этого раздела – собственно РСС. Приводятся критерии его диагностики, дифференциальной диагностики, проводятся параллели с предыдущим диагностическим конструктом – соматоформным расстройством. Рассмотрены факторы риска РСС, а также этиопатогенетические данные.

Проанализированы основные источники касательно лечения РСС. Оно предусматривает комплексный междисциплинарный пациент-ориентированный пошаговый подход с привлечением психиатров, психотерапевтов, врачей общей практики. Представлен трехступенчатый алгоритм ведения пациентов с РСС, рассмотрены психотерапевтические и медикаментозные подходы к лечению, которые могут быть достаточно легко применены в украинской клинической практике.

**Ключевые слова:** расстройство с соматическими симптомами, диагностика, дифференциальная диагностика, алгоритм лечения.

#### MENTAL DISORDERS WITH SOMATIC SYMPTOMS: THEIR PLACE IN MODERN CLASSIFICATIONS, DIAGNOSIS, AND TREATMENT

O. A. Levada, O. S. Troyan

**Background.** Due to high prevalence in human population, a prominent decline in quality of patients' lives and significant cost of treatment, mental disorders with somatic symptoms (SSD) are considered as an important medical and social problem. The prevalence of SSD in primary care patients is 26-35%. Untimely diagnosis and a large number of unnecessary paraclinical examinations add iatrogenic complications to patients, which results in delay of the correct diagnosis and adequate treatment and increase of the financial burden on patients and society.

**Objective.** To introduce DSM-5 diagnostic approaches and evidence-based treatment methods of SSD to practitioners.

**Results.** This lecture thoroughly examines DSM-5 chapter «Disorders with Somatic Symptoms and Related Disorders», which includes SSD, illness anxiety disorder, conversion disorder, psychological factors affecting other medical conditions, factitious disorder, other specified and unspecified somatic symptom disorders. We focused on the main member of this chapter – SSD. The criteria of SSD diagnosis, differential diagnosis are given; in addition parallels with the previous diagnostic construct – somatoform disorder – are carried out. Risk factors of SSD, as well as etiopathogenetic data are considered.

The main sources of SSD treatment are analyzed. It suggests integrative, multidisciplinary, patient-centered, step-by-step approach, involving psychiatrists, psychotherapists, and general practitioners. Presented three-step algorithm for managing patients with SSD, psychotherapeutic and drug treatment approaches can be easily applied in Ukrainian clinical practice.

**Keywords:** somatic symptom disorder, diagnosis, differential diagnosis, treatment algorithm.

*Стаття надійшла до редакції 12.02.2018 р.*

**ЛЕВАДА Олег Анатолійович**, д.мед.н., професор, ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», м. Запоріжжя, Україна; e-mail: olevada@zmapo.edu.ua

**ТРОЯН Олександра Сергіївна**, лікар-психіатр, КУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня» ЗОР, м. Запоріжжя, Україна; e-mail: troian@zmapo.edu.ua

**ЛЕВАДА Олег Анатольевич**, д.мед.н., профессор, ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины», г. Запорожье, Украина; e-mail: olevada@zmapo.edu.ua

**ТРОЯН Александра Сергеевна**, врач-психиатр, КУ «Областная клиническая психиатрическая больница» ЗОС, г. Запорожье, Украина; e-mail: troian@zmapo.edu.ua

**LEVADA Oleg Anatoliiovych**, MD, PhD, ScD, Professor, State Institution «Zaporizhzhia Medical Academy of Postgraduate Education Ministry of Health of Ukraine», Zaporizhzhia, Ukraine; e-mail: olevada@zmapo.edu.ua

**TROYAN Alexandra Serhiivna**, MD, Zaporizhzhia Regional Clinical Psychiatric Hospital, Zaporizhzhia, Ukraine; e-mail: troian@zmapo.edu.ua