**Ипохондрический невроз. Современное понимание**

С.Ю.Савенко

Клиническая картина ипохондрического синдрома может выступать как проявление и болезни, и патологии. Ипохондрический синдром описан в рамках фактически всех нозологических форм: шизофрении и эндогенной депрессии, экзогенно-органических и реактивных психозов, а в случае непсихотической глубины - в качестве невроза и других пограничных состояний (циклотимии, дистимии и т.д.).

Картина ипохондрии может составлять также содержание различных патологических форм: астенической психопатии, невропатии, а также сверхценного и невротического развития личности.

Прежде чем обсуждать вопрос о современном понимании «ипохондрического невроза», необходимо прояснить понимание термина «невроз».

Термин «невроз» появился в 1776 году, и всю историю его существования до самого недавнего времени в отношении понимания неврозов существовали две крайности. Это, с одной стороны, резко расширительное понимание, когда многие тяжелые органические заболевания нервной системы и даже психозы рассматривались как неврозы; и, с другой стороны, - отрицание самого существования неврозов, выделение которых еще в 1864 г. М.Аксенфельд назвал «возведением незнания в степень нозологической единицы».

Расширительному пониманию неврозов способствовали: многочисленные психодинамические школы - посредством разнообразных психологических интерпретаций, психосоматическое направление – за счет введения понятия «условной выгоды», и бихевиористское направление – в связи с отождествлением понятия «невротизма» с тревогой. В 1990-е годы на русский язык переведено много руководств по психиатрии, где представлено расширительное понимание неврозов. Так, например, в изданном в 1998 г. учебнике «Психиатрия» М.Хэзлема вводится понятие «эндогенных неврозов», якобы сходных с аффективными психозами и шизофренией (11).

Для российских и немецких авторов характерен другой подход к понятию невроза. Петр Борисович Ганнушкин у нас и Освальд Бумке в Германии в 20-е годы принципиально не пользовались термином «невроз». Т.И.Юдин в 1935 г., Е.А.Попов в 1954 г., Г.Й.Вайтбрехт в 1963 г. не считали неврозы самостоятельным заболеванием, а лишь инициальным или резидуальным этапом развития болезни с непсихотической глубиной нарушения психической деятельности (2,3,6,8). В своем «Учебнике по психиатрии» 1937 года М.О.Гуревич и М.Я.Серейский, не отказываясь от выделения неврозов, тем не менее полагают, что «дело не идет о психическом расстройстве. Поэтому неврозы с полным правом описываются в руководствах по невропатологии… Невротик - не душевнобольной, его можно отнести к пограничным состояниям на грани психического здоровья и болезни… невроз является доброкачественным, обратимым заболеванием функционального характера, … которое выражается в нервных, преимущественно вегетативных нарушениях, отражающихся главным образом на соматической сфере, а также повышенной истощаемостью и особым значением при них конфликта. При неврозах мы не имеем формальных психических расстройств, здесь психический момент не имеет самостоятельного значения и всегда связан с соматическим» (4). Здесь мы видим тенденцию изъятия из огромной сборной группы, которую представляют собой неврозы, различных заболеваний, патогенез которых устанавливается более надежным образом, чем простая интерпретация.

Эта тенденция характеризует и современную ситуацию.

Анализ основных американских терминологических словарей по психиатрии показывает разительное сокращение использования понятия «невроз» и отсутствие этого диагностического класса в DSM-IV. Термин «невроз», как указывается в «Синопсисе по психиатрии» Гарольда Каплана и Бенджамина Седока, потерял значение сколько бы то ни было точного определения, кроме тех случаев, когда хотят отметить, что способность к оценке действительности не нарушена и личностные расстройства отсутствуют (5).

В МКБ-10 в отличие от МКБ-9 термин «невротический» сохранен лишь в разделе «невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства».

Фактически это понимание неврозов в широком смысле слова как разнообразных состояний, промежуточных между сомато-неврологическими заболеваниями, здоровьем и нормой, т.е. сфера, где нет четких границ.

Термин «невроз» с самого начала появляется как объяснительная, а не описательная категория, причем она охватывает разнородные характеристики: тяжесть (непсихотическую) и происхождение (психогенное). Поэтому ее снятие в статистической классификации, которая должна быть чисто описательной, внеконцептуальной, совершенно закономерно.

Итак, понятие «невроз» обозначает совокупность всех шести следующих характеристик:

1 - функциональный характер, обратимость, отсутствие патологоанатомических изменений;

2 - центральное, а не периферическое происхождение;

3 - психогенная природа;

4 - возникновение в результате внутриличностного конфликта (1,7);

5 – отсутствие психотической симптоматики;

6 - сохранение критического самосознания личности и сознания болезни.

Ряд синдромов – традиционно обозначавшихся как невротические, такие как неврастенический, обсессивно-компульсивный, фобический, конверсионный, диссоциативный и др., могут называться невротическими только в том случае, если они убедительно выводятся из внутреннего конфликта. Во всех остальных случаях – как еще в 1921-м году показал Гофман (H.Hoffmann) - это «неврозоподобные синдромы» эндогенного или экзогенно-органического генеза (15). Другие синдромы - депрессивные, ипохондрические и т.п. - в случае их доказательного выведения из внутреннего конфликта могут также рассматриваться как невротические.

В подавляющем большинстве современных руководств по психиатрии принята систематика психических расстройств по МКБ-10.

Существовавшая в МКБ-9 отдельная рубрика – «ипохондрический невроз» (300.7), в МКБ-10 именуется «ипохондрическим расстройством» (F.45.2), и в нее включаются небредовая дисморфофобия, ипохондрический невроз и нозофобия.

«Ипохондрическое расстройство» включено в кластер F.4 «невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства». Здесь это разновидность «соматоформных расстройств» (F.45). В этом кластере присутствуют также тревожно-фобические (F.40) и другие тревожные расстройства (F.41), обсессивно-компульсивные (F.42) и диссоциативные (конверсионные) расстройства (F.44), реакции на тяжелый стресс (F.43) и «другие невротические расстройства» (F.48).

«Ипохондрическое расстройство» (F.45.2) определяется как:

постоянная озабоченность возможностью заболеть тяжелой соматической болезнью, или фиксация на предполагаемом дефекте;

постоянное предъявление соматических жалоб, но с фиксацией не на самих жалобах, а на болезни в целом, и воздержание от лекарств;

постоянная установка ипохондрического прислушивания, которое ведет к ипохондрической интерпретации обычных ощущений в одном-двух местах;

постоянное недоверие разубеждениям докторов, но различное от случая к случаю;

часто присутствующие здесь выраженные депрессия и тревога шифруются отдельно.

Если жалоб много, они часто видоизменяются, сохраняясь на протяжении ряда лет без подтверждения объективными методами, имеется фиксация на этих жалобах и избыточное употребление лекарств, а также отчетливые депрессия и тревога с нарушением социального и семейного функционирования, - речь идет о «соматизированном расстройстве» (F.45.0).

Если озабоченность своим состоянием и жалобы в отношении определенной системы органов с ощущениями жжения, тяжести, напряжения сопровождаются выраженными симптомами хронического возбуждения нервной системы (гиперемией, гипергидрозом, тремором), то это – соматоформная вегетативная дисфункция (F.45.3). Это то, что прежде квалифицировалось как «неврозы органов».

Проф. А.Б.Смулевич разработал дробную классификацию пограничных ипохондрических расстройств, обнаруживаемых в период ремиссии психических заболеваний (1997) (9), и предложил рассматривать их и другие соматоформные расстройства в качестве масок депрессии (1999) (10). Проф. С.Ю.Циркин (2002) назвал такой подход формально-статистическим. «Такие маски – не коморбидное расстройство, а закономерное следствие психической, чаще всего аффективной патологии». Проф. С.Ю.Циркин отметил «наличие депрессивной симптоматики, соответствующей по тяжести дистимической или легкому и умеренному депрессивному эпизоду», во всех случаях соматоформных и конверсионных расстройств (12).

Для выяснения современного понимания «ипохондрического невроза» или «ипохондрической фобии» («нозофобии») мы провели анонимное анкетирование 40 психиатров, предлагая им для диагностической квалификации описание «ипохондрической фобии», сделанного проф. А.Б.Смулевичем в двухтомном «Руководстве по психиатрии» под ред. проф. А.С.Тиганова (1999, т. 2, с. 533-534).

Предлагалась следующая анкета:

Уважаемый коллега!

Просим Вас принять участие в анонимном опросе, указав только свой стаж работы в психиатрии.

Как бы Вы квалифицировали состояние описанного ниже пациента:

Поставили бы ему психиатрический диагноз? И если да, - какой?

У амбулаторного больного 37 лет после продолжительного периода субклинической тревоги, сочетающейся с кардиалгиями, после психогенной провокации возникли панические атаки по типу нейроциркуляторной астении, связанные с сердечными болями без витального страха и без изменений на ЭКГ. У больного сформировалась боязнь сердечных приступов, ставшая постоянным фоном его панических атак. Начала нарастать обостренная интроспекция до постоянной ипохондрической озабоченности своим здоровьем. Тревожные опасения возникают по самым незначительным поводам, типа вегетативных колебаний, болезненных ощущений, соматического недомогания, и вовсе без видимого повода. Больной постоянно посещает врачей и фактически постоянно лечится уже несколько лет.

Анкетирование проводилось 4 декабря 2003 г. на заседании Президиума Правления Российского общества психиатров и 18 декабря 2003 г. на открытом клиническом разборе в психиатрической больнице № 3 им. В.А.Гиляровского.

Вместо суммарного анализа полученных данных, мы провели отдельный анализ для этих разных аудиторий, а также отдельный анализ для респондентов с разным стажем клинической работы.



Схема 1. Квалификация описания в I и II аудитории

В первой аудитории (14 респондентов) были получены следующие ответы (схема 1):

никто не употребил обозначение «ипохондрический невроз»;

только два психиатра использовали термин «невротический», а именно «невротическое развитие личности» и «признаки невротического расстройства» - их стаж 50 и 25 лет;

только три психиатра использовали традиционные для отечественной психиатрии нозологические обозначения. Это «невротическое развитие личности», «ипохондрическое развитие личности» и «затяжное реактивное состояние с фобическим синдромом». Их стаж 50, 40 и 33 года;

10 психиатров использовали обозначение МКБ-10 (стаж от 40 до 5 лет), из них 7 – квалифицировали состояние как «ипохондрическое расстройство с паническими атаками»;

три психиатра категорически отказались от квалификации психиатрического диагноза в силу недостаточности сведений для этого. Их стаж 50, 45 и 25 лет.

Во второй аудитории (26 респондентов):

только 1 психиатр употребил обозначение «ипохондрический невроз?», и он же через запятую написал «неврозоподобная вялотекущая шизофрения» (стаж 8 лет);

8 молодых психиатров использовали термин «невроз» (стаж 1-3 года), два психиатра диагностировали «ипохондрическое развитие личности» (стаж 30 и 1 год);

16 психиатров поставили нозологический диагноз, из них пятеро – диагноз «вялотекущей шизофрении» (стаж 40, 30, 8, 2, 2 года), трое – «эндогенную депрессию» (стаж 30, 28, 20 лет); семеро – «фобический невроз» (стаж 1-3 года);

10 психиатров использовали обозначение МКБ-10; из них семеро поставили «соматоформную вегетативную дисфункцию» (стаж 5, 6, 8, 9, 19, 25, 40 лет), «панические атаки» назвали только трое (стаж 1. 8, 19 лет);

о недостаточности сведений для диагноза заявило только двое, но диагноз все же поставили, стаж 5 и 2 года, и только один счел психиатрический диагноз неуместным (стаж 40 лет).

Основным отличием между аудиториями оказалось фактически полное принятие МКБ-10 первой аудиторией и более чем на порядок меньшее ее принятие во второй аудитории. В соответствии с этим, в первой аудитории диагноз невроза поставили только 2 из 14 респондентов, а во второй – 12 из 26, в первую очередь, за счет психиатров со стажем не более трех лет. Диагноз «вялотекущая шизофрения» ставился только во второй аудитории.

Результаты квалификации предложенного описания в зависимости от стажа представлены на схемах 2 и 3.



Схема 2. Стаж респондентов в I и II аудиториях



Схема 3. Квалификация описания в зависимости от стажа работы

Неожиданным образом результаты анкетирования в зависимости от стажа, несмотря на значительный возрастной отрыв, оказались примерно одинаковыми, даже в отношении диагностики шизофрении, что свидетельствует о наследовании диагностических традиций. При этом, старшее поколение уверенно перешло на МКБ-10, что следует из проведенного исследования, поскольку в данном случае система диагностики не предписывалась.

Единственным серьезным отличием является акцент у старшего поколения на тревожных расстройствах, а у младшего – на фобических.

В отношении темы нашего доклада – современного понимания ипохондрического невроза – выяснилось, что текст, являющийся описанием этого расстройства в наиболее современном и авторитетном отечественном руководстве для врачей, адекватно идентифицировали только 13 из 40 респондентов, т.е. 30%. Или – если включить в «ипохондрическое расстройство» диагноз ипохондрического развития личности и невротического развития личности – 16 из 40 респондентов, т.е. 40%. Однако кластеры F40, 41, 45, т.е. «тревожно-фобические», «другие тревожные» и «соматоформные расстройства», а также «ипохондрическое» и «невротическое развитие личности» составляют в ответах респондентов 72,6%. Это может свидетельствовать о том, что понимание отечественными психиатрами ипохондрического невроза лишено достаточной специфики и для достижения взаимопонимания должно обозначаться не менее, чем тремя шифрами МКБ-10.

**Список литературы**

Биндер Ганс (H.Binder). Психопатии, неврозы, патологические развития // Клиническая психиатрия под ред. Г.Груле, Р.Юнга, В.Майер-Гросса и М.Мюллера – М., 1967

Бумке Освальд (O.Bumke). Современное учение о неврозах – Одесса, 1928

Гиляровский В.А.Психиатрия – М., 1935, 618-651

Гуревич М.О., Серейский М.Я. Учебник по психиатрии – М.-Л., 1937

Каплан Гарольд, Сэдок Бенджамин (H.Kaplan, B.Sadock). Клиническая психиатрия, т. 1 – М., 1994

Карвасарский Б.Д. Неврозы – Л., 1990

Кемпински Антонии. Психопатология неврозов – Варшава, 1975

Краснушкин Е.К. Избранные работы – М., 1967, 247-327

Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства // «Социальная и клиническая психиатрия», 1997, 1, 5-18

Смулевич А.Б. Невротические расстройства (неврозы) // А.С.Тиганов (ред.). Руководство по психиатрии, т. 2 – М., 1999, 527-558

Хэзлем М. (M.Haslam). Психиатрия – Львов–Москва, 1998, 297

Циркин С.Ю., Колесин Д.В. Психопатология истеро-конверсионных расстройств // «Российский психиатрический журнал», 2002, 4, 16-20

Ayd Frank J. Lexicon of Psychiatry, Neurology and Neurosciences – Williams & Wilkins, 1995

Hinsie Leland, Campbell Robert. Psychiatric Dictionary – New York, 1960

Hoffmann H. Die Nachkommenschaft bei endogenen psychosen – Berlin, 1921

Stone Evelyn. American Psychiatric Glossary – Washington, 1984

Для подготовки данной работы были использованы материалы с сайта <http://www.npar.ru/>