

Медицински университет  
„Проф.д-р Параскев Стоянов”-Варна  
Факултет по медицина  
Катедра по психиатрия и медицинска психология

---

Иво Иванов Нацов

**Клинико-епидемиологично, психометрично  
и здравно-икономическо проучване на  
пациенти с мултиплен соматоформен  
синдром в общата практика**

**АВТОРЕФЕРАТ**

на дисертация за присъждане на  
образователната и научна степен  
„Доктор” по медицина

Варна, 2012

Дисертационният труд е написан на 122 машинописни страници, включващи 10 таблици, 26 фигури и 4 приложения. Библиографският списък съдържа 271 литературни източника, от които 7 на кирилица и 264 на латиница.

Дисертационният труд е обсъден и насочен за защита от КС на Катедрата по психиатрия и медицинска психология към Медицински Университет Варна на 22. 06. 2012 г.

Автор:  
Иво Иванов Нацов

Заглавие:  
Клинико-епидемиологично, психометрично и здравно-икономическо проучване на пациенти с мултиплен соматоформен синдром в общата практика.

Защитата на дисертационния труд ще се състои на.....от.....  
в АУЛА „Проф.д-р Владимир Иванов” на УМБАЛ „Света Марина” гр.Варна

Материалите по защитата са на разположение в Научен отдел на МУ Варна.

Медицински университет  
„Проф.д-р Параскев Стоянов”-Варна  
Катедра по психиатрия и медицинска психология

---

Иво Иванов Нацов

**Клинико-епидемиологично, психометрично  
и здравно-икономическо проучване на  
пациенти с мултиплен соматоформен  
синдром в общата практика**

Научна специалност  
„Психиатрия” шифър 03.01.20

**АВТОРЕФЕРАТ**

на дисертация за присъждане на  
образователната и научна степен

„Доктор” по медицина

**Научни ръководители:**

доц. д-р Лъчезар Хранов, д.м.-МУ София

доц. д-р Риналдо Шишков, д.м.-МУ Варна

Варна, 2012

## **СЪДЪРЖАНИЕ**

<b>ВЪВЕДЕНИЕ.....</b>	<b>6</b>
<b>ЦЕЛ НА ПРОУЧВАНЕТО.....</b>	<b>7</b>
<b>ЗАДАЧИ НА ПРОУЧВАНЕТО.....</b>	<b>8</b>
<b>МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ.....</b>	<b>9</b>
<b>РЕЗУЛТАТИ.....</b>	<b>15</b>
<b>ОБСЪЖДАНЕ.....</b>	<b>33</b>
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....</b>	<b>38</b>
<b>ПРИНОСИ.....</b>	<b>39</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЯ.....</b>	<b>41</b>
<b>СПИСЪК НА ПУБЛИКАЦИИ ПО ДИСЕРТАЦИОННАТА ТЕМА.....</b>	<b>47</b>
<b>БЛАГОДАРНОСТИ.....</b>	<b>48</b>
<b>SUMMARY.....</b>	<b>49</b>

#### ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

APA	American Psychiatric Association
CABACH	Cognition About Body and Health Questionnaire
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
CMDQ	Common Mental Disorders Questionnaire
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GHQ	General Health Questionnaire
HDRS	Hamilton Depression Rating Scale
ICD	International Classification of Diseases
PRIME-MD	Primary Care Evaluation of Mental Disorders
SAIB	Scale of Abnormal Illness Behavior
SCAN	Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry
SCID	Structured Clinical Interview for DSM
SOMS	Screening of Somatoform Symptoms
SSAS	Somatosensory Amplification Scale
WHO	World Health Organization
EMC	еозинофилия-миалгия синдром
КПТ	когнитивно-поведенска терапия
МКБ	Международна класификация на болестите
МСС	мултиплен соматоформен синдром
ОПЛ	общопрактикуващ лекар
ССС	Скрининг за соматоформни симптоми
ССА	Скала за соматосензорна амплификация
САПБ	Скала за абнормно поведение при боледуване
СО	стандартно отклонение
СЗО	Световна здравна организация
СДЧ	синдром на дразнимо черво
СХУ	синдром на хронична умора
ТАС-20	Торонто-Алекситимия-Скала-20
ФМС	фибромиалгия-синдром
ЦНС	централна нервна система

**ЗАБЕЛЕЖКА:** Номерата на таблиците и фигурите съответстват на тези в дисертационния труд

## I. ВЪВЕДЕНИЕ

В историята на европейската медицинска традиция може ясно да се долови въздействието на един основополагащ евристичен принцип: предпоставеното от Платон и затвърдено от Рене Декарт разделяне на единната човешка същност на душа и тяло. Декартовото “*cogito, ergo sum*” ражда епистемологичния биологично-психологичен дуализъм в медицината и психиатрията. Той се превръща в концептуална рамка, която днес е вече обект на остри критики, но продължава да оказва влияние върху съвременното клинично мислене и нозография.

Соматичната медицина, която използва изключително познавателните методи на естествените науки, пренебрегва до голяма степен психологичните аспекти на болестта. Медицинското обучение и практика фокусират вниманието най-вече върху органите, а не върху по-високите нива на невро–ендокринно–имунологична интеграция и върху афективните влияния, които оперират на тези нива. Научен да отделя по-голямо внимание на съдържателната логика на диагнозата, на апаратните и лабораторни изследвания, лекарят много често жертва прецизната и опряна върху потвърдени познания преценка, имаща огромно значение за точно поставяне на диагнозата (Цонев, Шопова, Маринов, 2000). Отсъствието на органна патология се възприема от съвременния лекар като недоразумение, недовършеност на диагностичния процес. Обратното е също вярно: психологичните теории не обръщат внимание на телесните симптоми, или, когато го правят (както е при психоанализата), търсят недоказуеми причинно–следствени връзки чрез концепции като “либидинозна енергия” и “катексис” (вж. напр. Freud, 1962). Подобен подход е възприет и при дефинирането на феномена “соматизация”, който обхваща многопластовите връзки между психично и телесно, а оттам – и неразривната връзка между психиатрията и другите домени на медицината. Възприето е терминът най-общо да описва *трансформиране на потиснатите емоции и психологични конфликти в телесни симптоми*. Същевременно, съвременните класификационни системи МКБ-10 и DSM-IV, обслужващи клиничната психиатрия, включват значителен брой соматични симптоми, необходими за

поставяне на психиатрична диагноза, т. е. признават несъмнената биологична свързаност между соматично и психологично.

Видно е, че европейската дуалистична онтология създава огромни трудности при изследването и концептуализирането на връзките между “психично” и “телесно” в медицината.

Епидемиологични изследвания показват, че около една трета от пациентите в общата и в специализираните медицински практики преживяват соматични симптоми, зад които не може да бъде открито телесно заболяване. МКБ-10 и DSM-IV обединяват такива пациенти в групата „соматоформни разстройства”, имащи обща тенденция да се представят с „необясними” соматични симптоми. Тези разстройства обитават една от най-спорните области в модерната психиатрия и пораждат дълбоки концептуални и многообразни практически проблеми.

Настоящата работа се стреми да хвърли светлина в този „прашасал ъгъл” на българската психиатрия и да задълбочи поне малко познанията в тази обширна интердисциплинарна област на съвременната медицина, която остава недостатъчно изучена, макар да има огромно теоретично, практическо и икономическо значение.

## **II. ЦЕЛ НА ПРОУЧВАНЕТО**

Цел на това проучване бе да се проучи разпространението, клиничко–психопатологичните, психометричните и здравно-икономическите характеристики на феномена “соматизация”, представен клинично като мултиплен соматоформен синдром в първичната здравеопазна мрежа.

## **III. ЗАДАЧИ НА ПРОУЧВАНЕТО**

Свързаните с целта конкретни задачи бяха:

1. Да се проучи разпространението на феномена “соматизация” в общата практика.
2. Да се проучат социодемографските характеристики на пациенти с мултиплен соматоформен синдром в общата практика.
3. Да се проучат ключови (според релевантната литература) перцептивно-когнитивни характеристики на пациенти с мултиплен соматоформен синдром в общата практика и да се отговори на въпросите:
  - а) има ли връзка между броя съобщавани симптоми от пациентите и степента на соматосензорна амплификация?
  - б) съществува ли връзка между степента на соматосензорна амплификация и броя на посещенията при ОПЛ?
  - в) съществуват ли междуполови различия при процеса на соматосензорна амплификация?
4. Да се проучат ключови поведенски характеристики на пациенти с мултиплен соматоформен синдром (според релевантната литература) в общата практика и да се отговори на въпросите:
  - а) каква е връзката между болестното поведение на соматизиращите пациенти и разхода на здравен ресурс?
  - б) съществува ли взаимна зависимост между броя съобщени симптоми и абнормното поведение при боледуване на пациентите с мултиплен соматоформен синдром?
  - в) съществува ли възрастова и полова специфика на абнормното поведение при боледуване у пациенти с мултиплен соматоформен синдром?
5. Да се направи оценка на феномена “алекситимия” и свързаните с нея характеристики на пациенти с мултиплен соматоформен синдром.
6. Да се провери хипотезата, че пациентите с мултиплен соматоформен синдром причиняват повече преки и непреки здравни разходи от пациенти, при които такъв синдром не се диагностицира.



## **IV. МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ**

### **1. ПРОЦЕДУРИ ПО ДИЗАЙНА НА ПРОУЧВАНЕТО**

#### **1.1. СКРИНИНГ ЧРЕЗ ОПЛ**

В периода юни 2007 – юни 2008 г. в 13 общи практики със 15100 пациента (6 градски със 7600 и 7 селски практики със 7500 пациента) в област Плевен бе проведено скриниращо изследване на пациенти чрез себеоценъчния инструмент Screening of Somatoform Symptoms – SOMS (CCC). В изследването бяха включени 816 български граждани (538 жени и 278 мъже) на възраст между 18 и 65 години, посетили личния си лекар по различни поводи. Изключващи критерии бяха: диагностицирана шизофрения, биполарно разстройство, тревожно или депресивно разстройство. 608 пациента върнаха тестовете, попълнени според инструкциите, заедно с информираното си съгласие за участие в проучването.

#### **1.2. ОПРЕДЕЛЯНЕ НА ГРУПИ**

Върнатите скринингови тестове бяха анализирани по отношение на:

- брой съобщени соматоформни симптоми
- соматизационен индекс
- индекс за соматоформна автономна дисфункция
- соматизационен индекс 3/5, характеризиращ „редуцирано соматизационно разстройство“ или „мултиплен соматоформен синдром“ - наличие на 3 необясними телесни симптома при жени и 5 при мъже, които са били постоянно налице през последните 6 месеца преди интервюто или дори през по-продължителен непосредствено предхождащ интервюто период.

По този начин бе отграничена група соматизиращи: общо 216 индивида – 160 жени и 56 мъже (в това число – и група пациенти с мултиплен соматоформен синдром, която бе основен обект на проучване). Контролната група бе оформена, като от включените в първата фаза на проучването 284 несоматизиращи пациента бяха подбрани 142 (84 жени и 58 мъже),

съответстващи на пациентите с мултиплен соматоформен синдром по пол, възраст, образование и семеен статус.

### 1.3. КЛИНИЧНО ИНТЕРВЮ И РАБОТА С ТЕСТОВЕ

За потвърждаване на диагнозата мултиплен соматоформен синдром и отхвърляне на други привидно сходни нозологични единици в групата на соматизиращите пациенти, през периода юни 2008 – септември 2009 г. използвахме полуструктурирано клинично интервю, базирано върху МКБ-10. Успоредно с това бяха приложени инструментите Скала за соматосензорна амплификация (ССА), Скала за алекситимия Торонто-20 (ТАС), Скала за оценка на абнормно поведение при боледуване (САПБ).

### 1.4. РАБОТА С МЕДИЦИНСКИ ДОКУМЕНТИ НА ПАЦИЕНТИТЕ

За преценка на преките и непреки разходи на двете групи пациенти използвахме информация от личните амбулаторни картони на пациентите (след изричното им съгласие в присъствие на трето лице) и от журналите на спешните центрове.

## **2. ИНСТРУМЕНТИ И МЕТОДИ**

### 2.1. ОЦЕНКА НА ФЕНОМЕНА „СОМАТИЗАЦИЯ” В ОБЩАТА ПРАКТИКА

#### 2.1.1. СКРИНИНГ-ТЕСТ ЗА СОМАТОФОРМНИ СИМПТОМИ (ССС)

След анализ на литературната справка достигнахме до извода, че инструментът SOMS (ССС) е единственият себеоценъчен инструмент с доказана чувствителност (82%) и специфичност (63%) за откриване на соматоформни разстройства. Психометричните характеристики на този инструмент са изследвани задълбочено: тест-ретест надеждността му е 0,85, коефициентът е >0,60, а вътрешната съвместимост между всички 53 симптома е много висока – 0,88. SOMS е конгруентен с МКБ-10 и DSM-IV, а изследователят се ориентира бързо без да губи време за среща с пациента. Такава среща се провежда само при получен позитивен резултат и цели

диагностична валидизация. Валидността на инструмента при сравнения на соматизиращи пациенти с контролни групи от общата популация е сигурно доказана. SOMS е стандартизиран и валидизиран в почти всички страни на Европейския съюз. Всички изброени причини бяха основание да спрем избора си на този инструмент като основно скринингово средство.

Забележка: SOMS (CCC) (Приложение 1) и ръководството за използването му, включващо алгоритми за соматизационно разстройство, соматоформна вегетативна дисфункция, симптоматен соматичен индекс и мултиплен соматоформен синдром заедно с писмено разрешение да бъде използван за нуждите на нашите проучвания получихме от автора му W. Rief.

При анализа на резултатите бяха използвани следните измерителни индекси:

*Соматизационен индекс,*

*Индекс за соматоформна автономна дисфункция,*

*Соматизационен индекс 3/5.*

## **2.1.2. КЛИНИЧНО ИНТЕРВЮ ЗА ПСИХИАТРИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА**

Беше използвана частта на изследователския вариант на МКБ-10 за соматоформни разстройства, което ни позволи да верифицираме наличието на соматоформна симптоматика и изключване на хипохондрия, персистиращо болково разстройство и телесно дисморфно разстройство, както и да уточним липсата на хронични соматични болести или евентуалното им наличие и брой.

## **2.2. ОЦЕНКА НА ПЕРЦЕПТИВНО-КОГНИТИВНИЯ СТИЛ**

### **2.2.1. СКАЛА ЗА СОМАТОСЕНЗОРНА АМПЛИФИКАЦИЯ (ССА)**

Инструментът SSAS (ССА) е стандартизиран и валидизиран в САЩ и повечето страни от Европейския съюз и се използва за изследователски и клинични цели при пациенти с предполагаем соматизационен синдром. Представлява въпросник от 10 пункта, за всеки един от които пациентът оценява степента на индивидуалната му достоверност като цяло, ранжирайки го в степени от 1 до 5. По-големият общ сбор точки означава по-висока степен на симптомна амплификация, като диапазонът се простира между 10 и 50 точки. Общ сбор 24

- 29 точки се приема за норма, а при пациентите със соматизационен проблем този сбор надхвърля 30 точки.

Забележка: ССА (Приложение 2) ни беше предоставен от неговия автор А. Varsky с писмено разрешение за използване.

## 2.3. ОЦЕНКА НА АФЕКТИВНО-КОГНИТИВНИЯ СТИЛ (АЛЕКСИТИМИЯ)

### 2.3.1. СКАЛА ЗА АЛЕКСИТИМИЯ ТОРОНТО-20 (ТАС)

Сред всички инструменти, измерващи алекситимия, TAS-20 е най-пълноценно валидизиран и стандартизиран. Състои се от 20 твърдения, всяко от които се оценява по стълбца на Ликерт от 1 (напълно несъгласен) до 5 (напълно съгласен) и максималният възможен сбор е 100 точки. Структурата на скалата е трифакторна: а) затруднено идентифициране на чувствата (въпроси 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14); б) затруднено описване на чувствата (въпроси въпроси 2, 4, 11, 12, 17); в) екстравертно ориентирано мислене (въпроси 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20). Изчисляват се общ сбор точки и отделни суми по фактори. Според създателите на скалата общ сбор под 52 е в нормалната амплитуда, общ сбор между 52 и 60 точки насочва към алекситимни характеристики, а пациентите с общ сбор над 60 точки се приемат за “алекситимни”.

Повечето изследвания показват, че TAS-20 е конгруентна с теоретичната конструкция за алекситимия.

Забележка: ТАС (Приложение 3) беше използван със съгласието на авторите му G. Taylor и M. Bagby.

## 2.4. ОЦЕНКА НА АБНОРМНОТО ПОВЕДЕНИЕ ПРИ БОЛЕДУВАНЕ

### 2.4.1. СКАЛА ЗА ОЦЕНКА НА АБНОРМНО ПОВЕДЕНИЕ ПРИ БОЛЕДУВАНЕ (САБП).

Скалата съдържа 25 твърдения, оценявани от пациентите по четиристепенна стълбца - от „напълно несъгласен” до „напълно съгласен” - и отразява абнормното поведение в пет измерения. Първото е “верификация на диагнозата” (твърдения 1 - 5), като пациентите с висок общ сбор изявяват склонност да изискват от лекарите множество изследвания и да сменят

множество лекари, за да верифицират поставената им диагноза. Второто е “експресия на болестта” и се изследва чрез твърдения 6, 7, 9, 10, които касаят комуникацията на болестните симптоми с околните, както и с твърдения 8 и 11, които са свързани с трудоспособността. Третата дименсия визира аспекти на лечението (въпроси 12 - 16). Получилите висока оценка по това измерение пациенти обикновено залагат на фармакологичното лечение и са склонни да приемат множество разнообразни медикаменти. Четвъртото измерение (въпроси 17 - 21) характеризира последствията от заетата роля на болен с фокусиране върху загубата на способността за концентрация и разсеяността вследствие на телесните симптоми. Петата дименсия (22 - 25) визира една типична за хипохондрията характеристика - “сканиране” на тялото.

Забележка: Инструментът ни бе любезно предоставен заедно с разрешение за използването му от неговия създател W. Rief (Приложение 4).

## 2.5. ОЦЕНКА НА ПРЕКИТЕ И НЕПРЕКИТЕ ЗДРАВНИ РАЗХОДИ

### 2.5.1. ОЦЕНКА НА СОЦИОДЕМОГРАФСКИ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА ПАЦИЕНТИТЕ

Към инструмента ССС бяха добавени въпроси, целящи описване на социодемографските характеристики на пациентите - възраст, семеен статус, образование, местоживееене, социална група, както и евентуално налични телесни заболявания.

### 2.5.2. МЕДИЦИНСКИ ДОСИЕТА НА ПАЦИЕНТИТЕ

Медицинските досиета на пациентите, предоставени от ОПЛ, бяха анализирани по отношение на следните променливи: брой посещения в спешен център; брой посещения при ОПЛ; брой посещения на специалисти в извънболнична помощ; брой посещения при психиатър; брой хоспитализации; дни временна нетрудоспособност по болест; брой изследвания на: пълна кръвна картина, урина; биохимични проби; електрокардиография; електроенцефалография; ултразвукова диагностика; рентгенографски изследвания.

## 2. 6. СТАТИСТИЧЕСКИ МЕТОДИ ЗА АНАЛИЗ

При анализа на получените резултати бе използван програмния пакет за статистическа обработка SPSS 17.0. Данните бяха представени графично. За установяване на разпределението на данните бяха използвани тестовете Kolmogorov-Smirnov и Shapiro-Wilk. В случаите с не-нормално разпределение данните бяха сравнявани с непараметричните тестове Mann-Whitney и Wilcoxon (за частично независими извадки без общи фактори) с корекция за достоверност чрез тест Monte Carlo, респективно чрез exact test.

## V. РЕЗУЛТАТИ

### 1. РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ И ОСНОВНИ ХАРАКТЕРИСТИКИ

#### 1.1. РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ НА ПАЦИЕНТИТЕ В ИЗВАДКАТА ПО ДИАГНОЗИ

От 608 пациента (406 жени и 202 мъже), попълнили себеоценъчния инструмент ССС, 324 (53,29%) отговориха позитивно за преживяване на поне един от изброените 53 симптома през последните две години. Тези индивиди съставиха първичната проучвана извадка.

**216 души (66,67% от тази група) дадоха позитивни отговори за преживяване на 3 и повече необясними телесни симптоми. 160 (74,1%) от тази извадка бяха жени.** При използване на горепосочения соматизационен индекс и допълнителните критерии 8 (3,70%) пациента от проучваната извадка - 1 мъж и 7 жени – се вместиха в дефиницията за соматизационно разстройство. 58 пациента (26,85%) от изследваната извадка (10 мъже и 48 жени) покриха критериите за соматоформна автономна дисфункция според съответния индекс. Останалите 150 пациента покриха най-общо критериите в дефиницията за мултиплен соматоформен синдром (редуцирано соматизационно разстройство). През периода юли 2008 - септември 2009 г. с тях бе проведено клинично интервю, основано върху изследователските критерии на МКБ-10 в раздела „Соматоформни разстройства”. Оказа се, че 14 пациента (6,48%) отговаряха на критериите за хипохондрично разстройство (5 мъже и 9 жени); 6 пациента (2,78%) отговаряха на критериите за персистиращо соматоформно болково разстройство (1 мъж и 5 жени); 4 пациента (1,85%) показваха изяви на телесно дизморфно разстройство (4 жени). В крайна сметка, **критериите за мултиплен соматоформен синдром бяха реално покрити от 126 (58,33%) пациента (39 мъже и 87 жени), които оформиха окончателно извадката - обект на настоящото проучване.**

#### 1.2. ВЪЗРАСТ НА СОМАТИЗИРАЩИТЕ ПАЦИЕНТИ

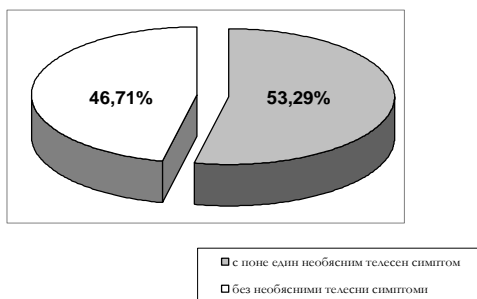
Съществено е да се подчертае, че соматизиращите пациенти бяха в активна възраст: средно  $42 \pm 23$  г. за всички пациенти с поне един необясним телесен симптом,  $46,94 \pm 9,98$  г. за жените с ММС и  $46,03 \pm 11,77$  г. за мъжете с ММС.

Честотата на необясними телесни симптоми нараства плавно с увеличаване на възрастта.

### 1.3. РАЗПРОСТРАНЕНИЕ НА СОМАТИЗАЦИЯТА

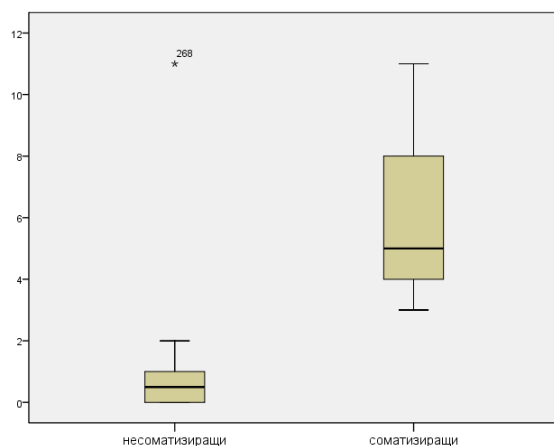
Дори повърхностният оглед на събраните адекватно попълнени въпросници показва, че необяснимите телесни симптоми са твърде често срещан проблем в общата медицинска практика (Фиг. 4).

**Фигура 4:** Честота на пациенти с поне един телесно необясним симптом сред 608 пациента на ОПЛ (ССС).



Общият брой необясними телесни симптоми разграничи отчетливо соматизиращите от несоматизиращите пациенти, като между двете групи липсваше припокриване по този параметър. Соматизиращите съобщаваха за статистически значимо по-голям брой такива симптоми ( $Mdn=5$  спрямо  $Mdn=0,5$ ;  $U=124,000$ ;  $p<0,001$ ) (Фиг. 5).

**Фигура 5:** Общ брой необясними телесни симптоми по ССС при соматизиращите и несоматизиращите пациенти.





**Забележка:** При фигурите от този тип с точки се отбелязват пациентите, имащи оценка над/под едно статистическо отклонение (СО), а със звезда – тези с оценки над/под 3 СО от средната стойност за групата! Цифрите отговарят на поредните номера, които са получили пациентите при набирането на данни.

При една трета от всички скринирани пациенти съществуваша сериозни основания за търсене на по-прецизна оценка чрез насочване към специализиран психиатричен преглед поради наличие на комплекс от поне три необясними телесни симптома (Табл. 3).

**Таблица 3:** Честота на соматоформна симптоматика по ССС в извадка от 608 пациента, посетили ОПЛ по различни причини.

	<b>МЪЖЕ (%)</b>	<b>ЖЕНИ (%)</b>	<b>ОБЩО (%)</b>
С поне три необясними телесни симптома	56 (27,72)	160 (39,4)	<b>216 (35,52)</b>
Соматизационно разстройство	1 (0,5)	7 (1,72)	<b>8 (1,32)</b>
Соматоформна автономна дисфункция	10 (4,95)	48 (11,82)	<b>58 (9,54)</b>
Мултиплен соматоформен синдром	45 (22,27)	105 (25,86)	<b>150 (24,67)</b>

#### 1.4. ЧЕСТОТА НА НЕОБЯСНИМИ ТЕЛЕСНИ СИМПТОМИ

Най-често съобщавани сред необяснимите чрез методите и познанията на соматичната медицина симптоми се оказаха: главоболие – при 64 пациента (29,63%); болка в гърба/кръста – при 52 (24,07%); коремни болки – при 49 (22,69%); дискомфорт в областта на сърцето – при 47 (21,76%); сърцебиене – при 45 (20,83%); ставни болки – при 43 (19,90%); нарушена координация – при 41 (18,98%) и недостиг на въздух – при 31 (14,35%).

#### 1.5. ПЕРЦЕПТИВНО-АФЕКТИВНО-КОГНИТИВНИ И ПОВЕДЕНСКИ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА СОМАТИЗИРАЩИТЕ ПАЦИЕНТИ

### 1.5.1. СОМАТОСЕНЗОРНА АМПЛИФИКАЦИЯ

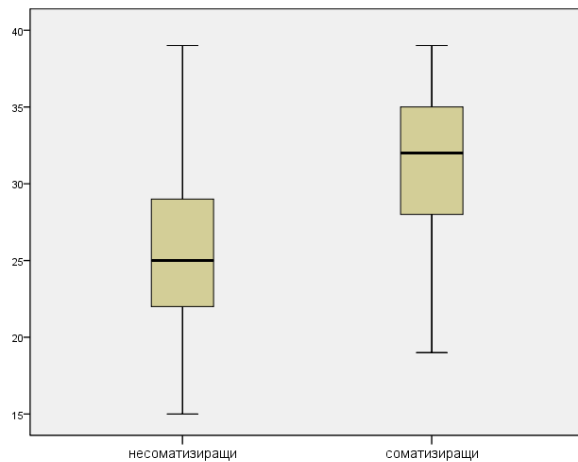
#### 1.5.1.1. Ниво на соматосензорна амплификация

За целите на анализа соматизиращите пациенти бяха разпределени в 10, а несоматизиращите - в 12 подгрупи според броя точки, получени при прилагане на ССА. Използваните статистически методи показаха несъмнено, че за перцептивно-когнитивния стил на пациентите с МСС е характерна значимо по-изразена склонност към соматосензорна амплификация (Табл. 4; Фиг. 6; Фиг. 7).

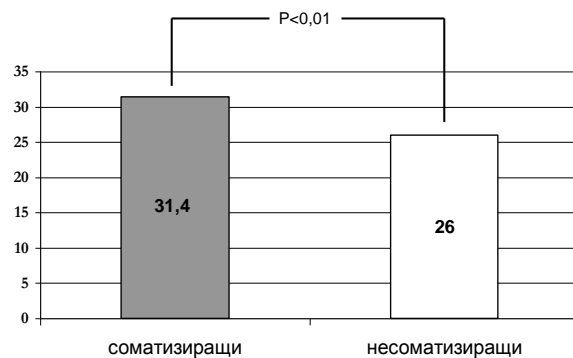
**Таблица 4:** Сравнителен анализ на резултатите от прилагане на Скалата за соматосензорна амплификация (ССА) при соматизиращи пациенти и контроли.

<b>ОБЩА ОЦЕНКА ПО ССА (т.)</b>	<b>СОМАТИЗИРА ЩИ ПАЦИЕНТИ</b>	<b>НЕСОМАТИЗИРА ЩИ ПАЦИЕНТИ</b>	<b>P</b>
15 - 17	-	4	
17 - 19	-	7	
19 - 21	5	13	
21 - 23	7	18	
23 - 25	6	19	
25 - 27	5	26	
27 - 29	8	18	
29 - 31	18	13	
31 - 33	21	7	
33 - 35	22	6	
35 - 37	19	5	
37 - 39	15	6	
<b>N</b>	<b>126</b>	<b>142</b>	
<b>СРЕДНА ОБЩА ОЦЕНКА (СТАНДАРТНО ОТКЛОНЕНИЕ)</b>	<b>31,47 (4,93)</b>	<b>26,0 (4,63)</b>	<b>P&lt;0,0 1</b>

**Фигура 6:** Разпределение на оценките по ССА при соматизиращи и несоматизиращи пациенти (Mdn=32,0 спрямо Mdn=25,0; U=4128,500; p<0,001).



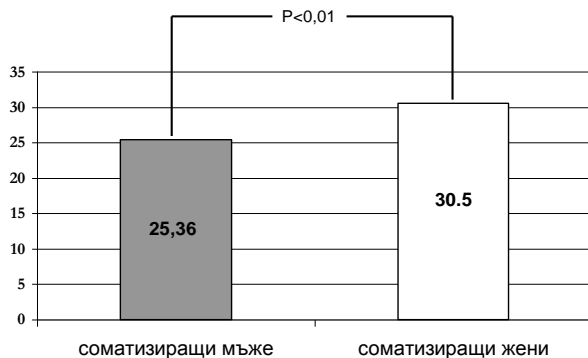
**Фигура 7:** Обща оценка по ССА при соматизиращи и несоматизиращи пациенти.



#### 1.5.1.2. Пол и соматосензорна амплификация

Влиянието на пола върху процеса на соматосензорна амплификация бе анализирано по същия начин и получените резултати показаха, че соматосензорната амплификация е по-изразена сред жените (Фиг. 8; Табл. 5).

**Фигура 8:** Обща оценка по ССА при соматизиращите пациенти от двата пола поотделно.



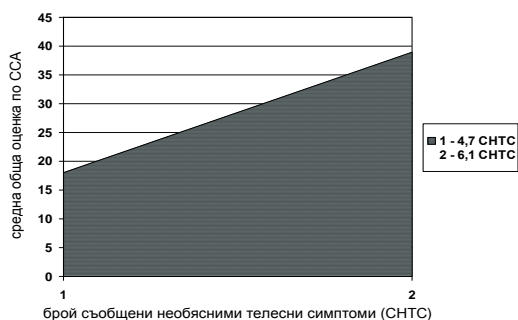
**Таблица 5:** Сравнителен анализ на соматосензорната амплификация по ССА при соматизиращите пациенти от двата пола поотделно.

ОЦЕНКА ПО ССА (т.)	СОМАТИЗАЦИЯ МЪЖЕ	СОМАТИЗАЦИЯ ЖЕНИ	P
15 - 17	3	1	
17 - 19	5	2	
19 - 21	10	8	
21 - 23	13	12	
23 - 25	17	8	
25 - 27	14	17	
27 - 29	14	12	
29 - 31	10	21	
31 - 33	7	21	
33 - 35	4	24	
35 - 37	0	24	
37 - 39	1	20	
<b>N</b>	<b>98</b>	<b>170</b>	
<b>Ср. обща оценка (СО)</b>	<b>25,36 (9,9)</b>	<b>30,5 (5,54)</b>	<b>P&lt;0,01</b>

### 1.5.1.3. Брой симптоми и ниво на соматосензорна амплификация

Изследвахме взаимовръзката между броя съобщени необясними телесни симптоми и интензивността на соматосензорната амплификация, като разделихме пациентите с МСС на две ясно отграничени групи според тежестта на соматосензорната амплификация (Фиг. 9; Табл. 6).

**Фигура 9:** Взаимна връзка между интензивността на соматосензорна амплификация и броя съобщени необясними телесни симптоми.



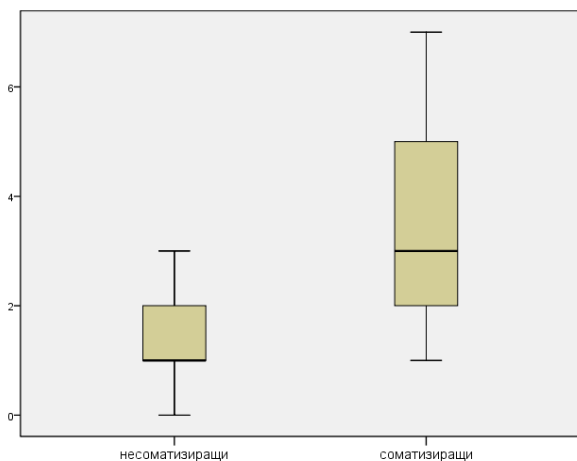
**Таблица 6:** Съпоставка на броя съобщени необясними телесни симптоми с интензивността на соматосензорната амплификация при пациенти с МСС.

Брой съобщени необясними телесни симптоми	Брой пациенти с подпрагова обща оценка по ССА (19 - 29 т.)	Брой пациенти с обща оценка по ССА над 29 т.	<i>p</i>
3 - 5	20	31	
5 - 7	6	32	
7 - 9	4	24	
9 - 11	1	8	
N	31	95	
Ср.Общ сбор необясними телесни симптоми (СО)	4,7 (1,96)	6,1 (1,9)	$p < 0,01$

#### 1.5.1.4. Ниво на соматосензорна амплификация и търсещо здраве поведение

През дванадесетте месеца, предхождащи проучването, пациентите с МСС са реализирали общо 402 посещения при ОПЛ (от един до седем за всеки отделен пациент) и са натоварили значимо повече от контролите първичните здравни служби ( $Mdn=3,0$  спрямо  $Mdn=1,0$ ;  $U=1350,000$ ;  $p < 0,001$ ) (Фиг. 10).

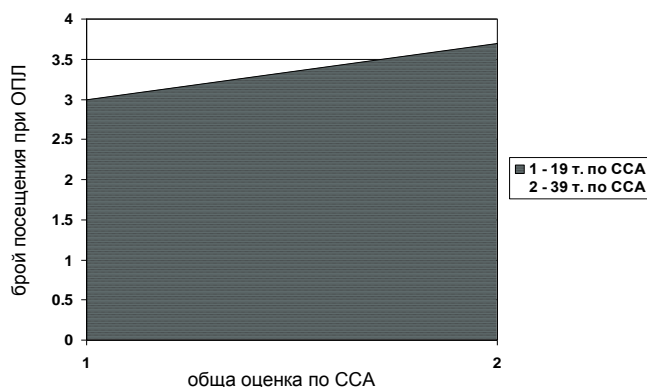
**Фигура 10:** Общ брой посещения при общопрактикуващ лекар.



Представляваше интерес и фактът, че никой от изследваните пациенти не е посетил психиатър през целия период на оплакванията си, нито пък е бил насочван към такъв специалист от вече прегледалите го лекари.

Връзката между броя посещения при лекар и интензивността на соматосензорна амплификация бе изследвана по аналогичен начин, като соматизиращите пациенти отново бяха разделени на две подгрупи според интензивността на извявяваната от тях соматосензорна амплификация. Пациентите в подгрупата с подпрагова соматосензорна амплификация (оценка по ССА 15 – 29 т.) са направили средно по  $3,03 \pm 1,23$  посещения при лекар през предходните 12 месеца, докато при тези с изразена соматосензорна амплификация (оценка по ССА 30 – 39 т.) са посещавали лекар значимо по-често през същия период:  $3,74 \pm 1,39$  прегледа ( $p < 0,01$ ) (Фиг. 11).

**Фигура 11:** Връзка между интензивността на соматосензорна амплификация и броя посещения при общопрактикуващи лекари през предходната година.



### 1.5.2. АЛЕКСИТИМИЯ И МУЛТИПЛЕН СОМАТОФОРМЕН СИНДРОМ

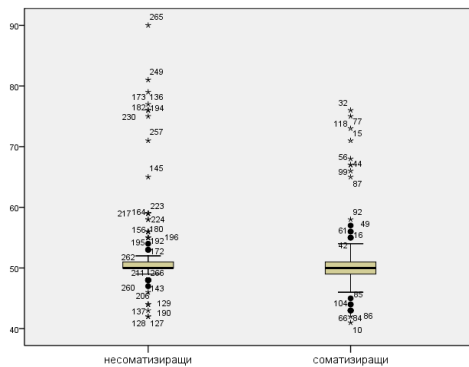
Честотата на алекситимия бе 7,14% (9 пациента бяха с общ сбор повече от 60 точки) сред соматизиращите и 5,63% (8 пациента бяха с общ сбор повече от 60 точки) сред несоматизиращите, а честотата на пациенти с алекситимни характеристики бе, съответно, 8,73% (11 пациента бяха с обща сбор между 52 и 60 точки) и 13,38% (19 пациента бяха с общ сбор между 52 и 60 точки) (Табл. 7).

**Таблица 7:** Честота на алекситимия и алекситимни характеристики сред соматизиращи и несоматизиращи пациенти в общата практика.

ПАЦИЕНТИ С МСС (N = 126)				НЕСОМАТИЗИРАЩИ (N = 142)			
алекситимия		алекситимни характеристики		алекситимия		алекситимни характеристики	
брой	%	брой	%	брой	%	брой	%
9	7,14	11	8,73	8	5,63	19	13,38

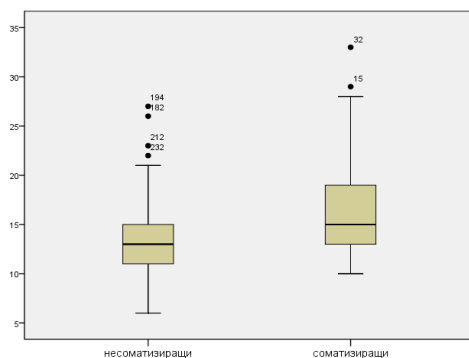
Оказа се, че при несоматизиращите пациенти общата оценка за алекситимия бе малко по-висока, отколкото при соматизиращите и тази разлика дори достигна статистическа значимост ( $Mn=52,37\pm 0,627$ ;  $Mdn=50,00$  спрямо  $Mn=50,90\pm 0,539$ ;  $Mdn=50,00$ ;  $U=7461,500$ ;  $W_s=15462,500$ ;  $p<0,05$ ;  $r = -0,15$ ) (Фиг. 12).

**Фигура 12:** Обща оценка за алекситимия по ТАС.



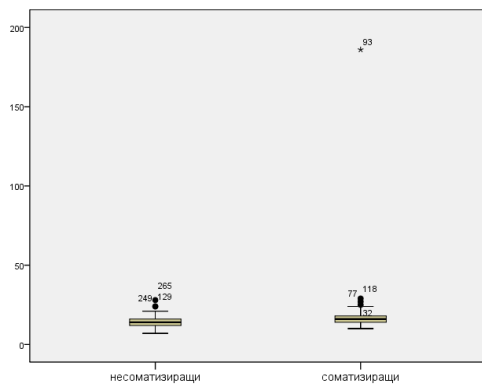
По-задълбочен анализ на получените находки показа, че а) вътрегруповото разпръсване на индивидуалните оценки, както и припокриването на оценките между соматизиращите и несоматизиращите пациенти бе значително (Фиг. 12); б) соматизиращите пациенти бяха със значимо по-изразени затруднения при идентификация на собствените си чувства (Mdn=15,0 спрямо Mdn=13,0; U=5318,000;  $p < 0,001$ ) (Фиг. 13) и в) соматизиращите пациенти бяха със значимо по-сериозни трудности при описване на своите чувства (Mdn=16,0 спрямо Mdn=14,0; U=5628,000;  $p < 0,001$ ) (Фиг. 14). Въпреки че по отношение на последните два фактора бе налице значително междугрупово припокриване (но не и изразено вътрегрупово разпръсване), разликите съхраниха своята висока статистическа значимост.

**Фигура 13:** Затруднена идентификация на чувствата по ТАС.



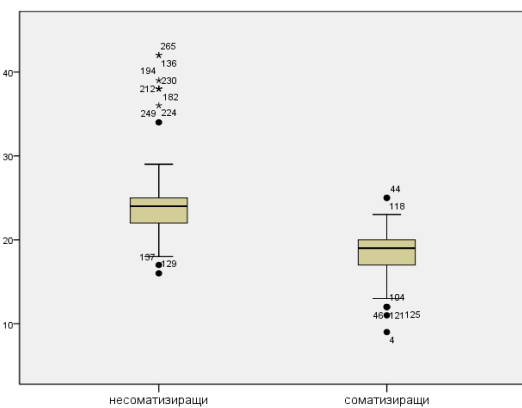


**Фигура 14:** Затруднено описване на чувствата по ТАС.



В крайна сметка се изясни, че далеч по-подчертаната екстравертираност на мисленето при несоматизиращите в сравнение със соматизиращите пациенти ( $Mdn=24,0$  спрямо  $Mdn=19,0$ ;  $U=1336,000$ ;  $p<0,001$ ) (Фиг. 15) е натежала в общата оценка за алекситимия и я е повишила над тази за групата със соматизация.

**Фигура 15:** Екстравертна ориентация на мисленето по ТАС – фантазиране и тенденция към фокусиране върху конкретни случки и дребни детайли от външни събития.



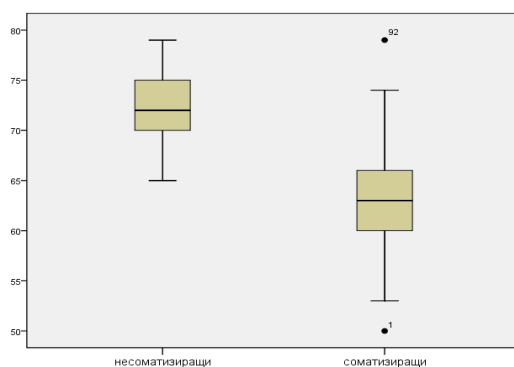
Сравнението на сборни групи пациенти с и без алекситимия/алекситимни характеристики по пол, възраст, местоживеене в село или в град, семеен статус, трудова заетост и ниво на образование не показва статистически значими разлики (изчисленията и таблиците са на разположение у автора).

### **1.5.3. МУЛТИПЛЕН СОМАТОФОРМЕН СИНДРОМ И АБНОРМНО ПОВЕДЕНИЕ ПРИ БОЛЕДУВАНЕ**

**Забележка:** по-високата оценка по САПБ означава по-ниско ниво на болестно поведение, като това се отнася и за оценките на отделните фактори.

Общата оценка по САПБ при соматизиращите пациенти се оказва значимо по-ниска от тази при несоматизиращите (Mdn=63,0 спрямо Mdn=72,0; U=980,000;  $p < 0,001$ ), т. е. поведението при боледуване у соматизиращите индивиди е било значимо по-неадекватно, отколкото поведението при боледуване у несоматизиращите (Фиг. 16).

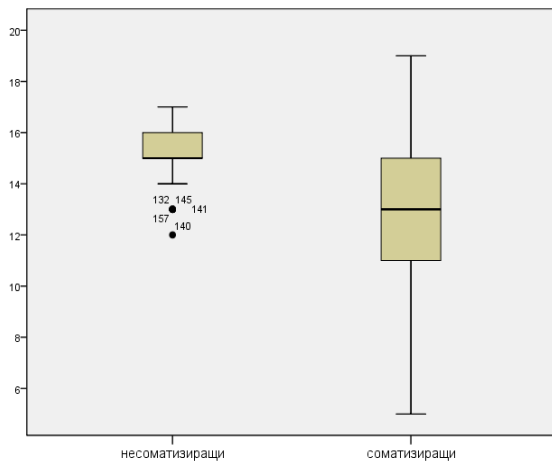
**Фигура 16:** Обща оценка по САПБ.



Междугруповите разлики бяха с висока статистическа значимост и при всеки от отделните фактори, формиращи тази оценка, както следва:

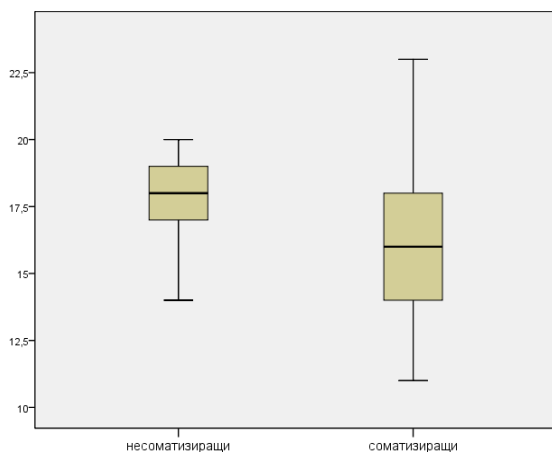
А. Соматизиращите пациенти са настоявали значимо по-често за множество изследвания и прегледи, отколкото несоматизиращите (Mdn=13,0 спрямо Mdn=15,0; U=4037,000;  $p < 0,001$ ) (Фиг. 17).

**Фигура 17:** Верификация на диагнозата по САПБ (тенденция да се настоява за множество изследвания и прегледи).



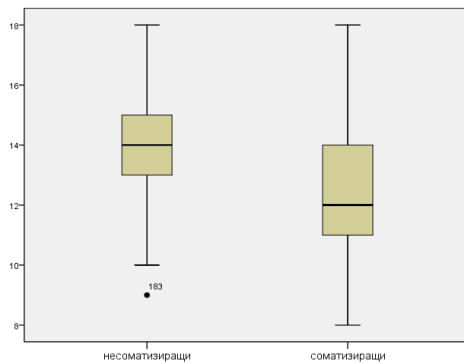
Б. Соматизиращите пациенти са търсили значимо по-често подкрепа, разбиране, съчувствие у важните за тях хора и, същевременно, оплакванията им са затруднявали значимо повече трудовото им ежедневие им в сравнение с несоматизиращите (Mdn=16,0 спрямо Mdn=18,0;  $U=4105,500$ ;  $p<0,001$ ) (Фиг. 18).

**Фигура 18:** Болестна експресия по САПБ (тенденция да се споделят настойчиво симптомите със значими фигури + несправяне с работата).



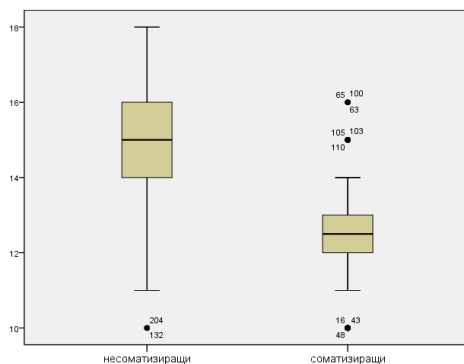
В. Соматизиращите пациенти са разчитали значимо повече на медикаментозна терапия, отколкото несоматизиращите (Mdn=12,0 спрямо Mdn=14,0;  $U=4859,000$ ;  $p<0,001$ ) (Фиг. 19).

**Фигура 19:** Медикаментозно лечение по САПБ (тенденция към прекомерно доверие спрямо фармакотерапия).



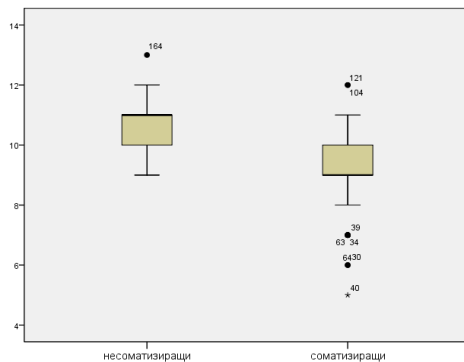
Г. Соматизиращите пациенти са били значимо по-склонни да използват за своя изгода ролята на болен, но в същото време и са изпитвали значимо по-сериозни нарушения на концентрацията, отколкото несоматизиращите (Mdn=12,5 спрямо Mdn=15,0; U=3204,500; p<0,001) (Фиг. 20).

**Фигура 20:** Последствия от боледуването по САПБ (тенденция да се извлича полза от ролята на болен + липса на концентрация).



Д. Соматизиращите пациенти са били далеч по-трайно ангажирани с проследяване на усещанията, идващи от собственото им тяло и на неговите функции, отколкото несоматизиращите (Mdn=9,0 спрямо Mdn=11,0; U=3286,500; p<0,001) (Фиг. 21).

**Фигура 21:** „Сканиране” на тялото по САПБ (тенденция към постоянно фокусиране на активното внимание върху функционирането на тялото).



При съпоставяне на двата пола помежду им чрез exact t-test и тестовете на Mann-Whitney и Wilcoxon се оказа, че мъжете са изявило значимо по-изразена тенденция да фокусират вниманието си върху функционирането на тялото си; да се предоверяват на медикаментозното лечение; да извличат ползи от боледуването си (умерено изразени размери на ефекта:  $0,50 > r > 0,33$ ).

Положени бяха и усилия да се търси корелативна връзка между описване на чувствата и болестна експресия, както и между идентификация на чувствата и „сканиране” на тялото, но статистически значими взаимозависимости между тези параметри не бяха потвърдени.

## 1.6. ЗДРАВНО-ИКОНОМИЧЕСКИ ХАРАКТЕРИСТИКИ

### 1.6.1. СОМАТИЗАЦИЯ И СОЦИОДЕМОГРАФСКИ ХАРАКТЕРИСТИКИ

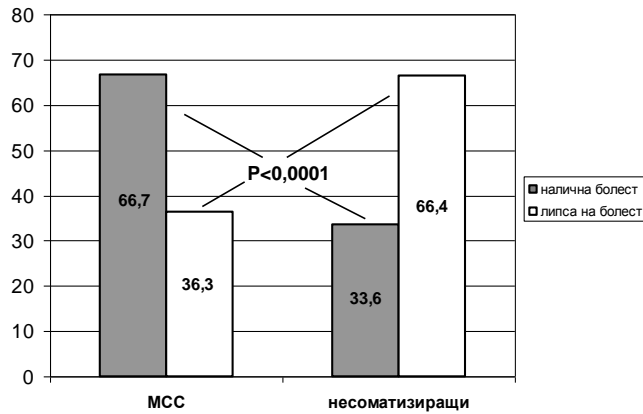
При съпоставката на социодемографските характеристики между пациентите с МСС и контролната група се оказа, че в групата на соматизиращите пациенти преобладаваха тези над 40-годишна възраст; жените; по-малко образованите; безработните; несемейните; живеещите на село.

### 1.6.2. СОМАТИЗАЦИЯ И АКТУАЛНИ ТЕЛЕСНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Специален интерес представляваше наличието на доказана чрез медицински прегледи/изследвания актуална телесна болест в хода на проучването. Получи се практически огледална картина: две трети от пациентите с МСС (84 души) спрямо една трета от несоматизиращите (32 души) бяха с актуална, доказана

чрез медицински прегледи/изследвания телесна болест, което разграничаваше двете групи с висока статистическа значимост ( $p < 0,0001$ ) (Фиг. 22).

**Фигура 22:** Наличие на доказано актуално соматично заболяване.

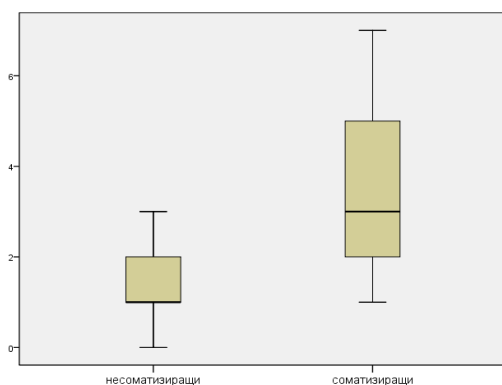


### 1.6.3. Прекии/непреки разходи за соматизиращите пациенти

Както би могло да се предположи, оказа се, че пациентите с MCC са натоварвали общественото здравеопазване значимо повече (и като честота, и като видове здравни услуги) от несоматизиращите пациенти.

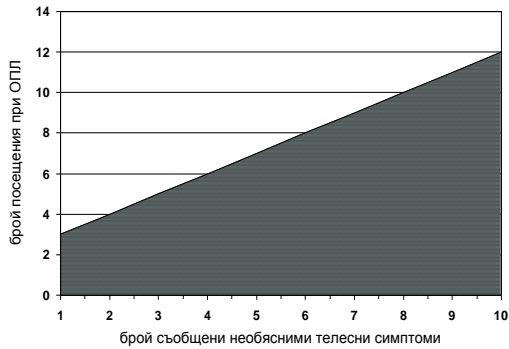
Соматизиращите пациенти са посещавали значимо по-често лекари (ОПЛ и извънболнични специалисти), отколкото несоматизиращите ( $Mdn=3,0$  спрямо  $Mdn=1,0$ ;  $U=1350,000$ ;  $p < 0,001$ ) (Фиг. 23).

**Фигура 23:** Лекарски прегледи извън болница.



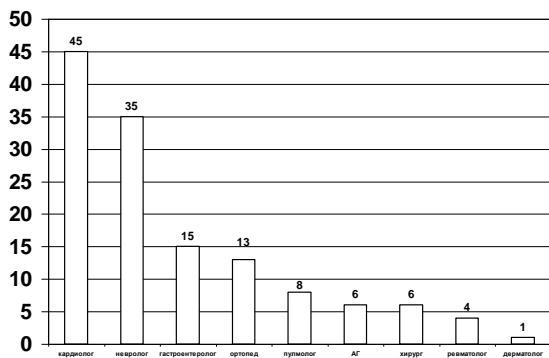
Оказа се, че броят съобщавани необясними телесни симптоми корелира пряко с броя посещения при ОПЛ (Фиг. 24).

**Фигура 24:** Съотношение между брой съобщавани необясними телесни симптоми и брой посещения при ОПЛ при пациенти с МСС.



Соматизиращите пациенти са се обръщали често към различни специалисти от извънболничната медицинска помощ (Фиг. 25).

**Фигура 25:** Извънболнични специализирани прегледи при пациентите с МСС.

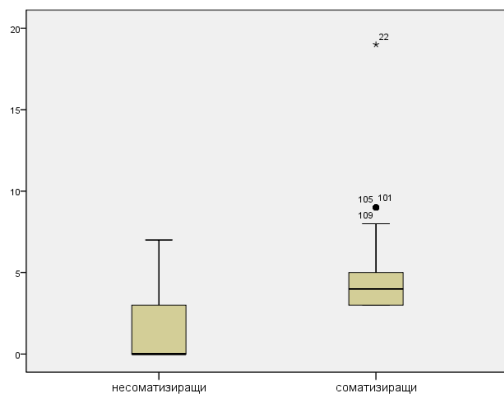


Пациентите с МСС са търсили най-често спешна/неотложна медицинска помощ поради палпитации/дискомфорт в сърдечната област (6 пъти), но също по 2 пъти заради болки в корема или световъртеж/замаяност и веднъж – по повод „парализа“ на крайник.

Седем от осъществените хоспитализации в тази група са били с индикация „сърдечен дискомфорт“, пет – поради „световъртеж“, четири – поради „болки в корема“, две – поради „задух“ и една – поради „парализа на крайник“.

Съществено следствие от честото търсене на разнообразни консултации и лечение в извънболнични и стационарни условия е отсъствието от работа, водещо до общ спад на производителността и допълнителни загуби за обществото. Изследваните соматизиращи пациенти са използвали значимо повече дни с временна нетрудоспособност поради заболяване през дванадесетте месеца преди проучването, отколкото несоматизиращите (Mdn=4,0 спрямо Mdn=0; U=1989,500;  $p<0,001$ ) (Фиг. 26).

**Фигура 26:** Дни временна нетрудоспособност по болест за 12-месечен период.



Анализирахме и естеството на всички проведени лабораторни и инструментални изследвания през дванадесетте месеца, предхождащи проучването. Данните показват, че соматизиращите пациенти изразходват значимо повече ресурс за диагностични усилия, свързани с техните необясними телесни симптоми.



## **VI. ОБСЪЖДАНЕ**

### **1. ОСНОВНИ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА ИЗСЛЕДВАНАТА ГРУПА СОМАТИЗИРАЩИ ПАЦИЕНТИ**

Настоящото проучване потвърди за пореден път факта, че персистиращата соматоформна симптоматика е сред най-честите психиатрични проблеми в общата медицинска практика – сред 608 изследвани пациента, потърсили по някакъв повод преглед от ОПЛ, повече от половината (53,3%) съобщиха за трайно наличие на поне един дългосрочно персистиращ необясним телесен симптом, а над една трета (35,5%) изявяваха по поне три такива симптома.

Вътрегруповата честота на отделните класификационни категории соматоформни разстройства (диагностицирани прецизно чрез многостъпален начин на преценка) се простираше от 2,8% за персистиращото болково разстройство до 58,3% за мултиплиения соматоформен синдром, който стана и основен обект на настоящото проучване. От разгърнато соматизационно разстройство страдаха 3,7% от всички изследвани соматизиращи пациенти. (Забележка: Съзнателно изключваме от тези подгрупи пациентите с телесно дизморфно разстройство - 1,85% от всички соматизиращи - поради непълноценно аргументираното им включване в групата соматоформни разстройства и с оглед бъдещото им класификационно изместване към обесивно-компулсивния спектър.)

Откритата обща моментна заболяемост от соматоформни разстройства, както и заболяемостта при отделните подгрупи съвпада с най-често съобщаваните в достъпната ни специализирана литература данни (Escobar et al., 1987; Rief, Hessel, Braehler, 2001; AWMF, 2001).

Както при всички досегашни изследвания (вж. напр. Gureje et al., 1997; Rief, Hiller, 1998; Escobar, 1998; Rief, 2001), така и в нашата извадка соматизиращи пациенти преваляраха жените в съотношение 2,86 : 1.

Соматизиращите пациенти бяха в най-активната си възраст (ср. 42±23 г.), което отново подчертава огромната здравна и икономическа значимост на изследвания феномен.

Най-често съобщавани необясними телесни симптоми се оказаха болковите: при 23 – 30% от всички соматизиращи пациенти, като успяхме да съберем и точни данни за честотата на различни соматоформни болки. В достъпната ни специализирана литература подобни подробни данни липсват.

## **2. ПЕРЦЕПТИВНО-АФЕКТИВНО-КОГНИТИВНИ И ПОВЕДЕНСКИ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА СОМАТИЗИРАЩИТЕ ПАЦИЕНТИ**

### **2.1. СОМАТИЗАЦИЯ И СОМАТОСЕНЗОРНА АМПЛИФИКАЦИЯ**

Въпреки наличното припокриване между групата пациенти с МСС и контролната група, този аспект на възприемане и обработка на информацията разграничи двете групи помежду им с голяма статистическа значимост ( $p < 0,001$ ). Резултатите от нашето проучване подкрепят хипотезата на Barsky, Wyshak, Klerman (1986) за важната роля на соматосензорната амплификация като един от основните движещи механизми на соматизационния процес, както и находките на други автори при изследване на цялата група соматоформни разстройства и на хипохондрия, хронична болка, автономна дисфункция, хипервенталационен синдром, синдром на дразнимо черво и пр. поотделно (Barsky et al., 2001; Marcus, Church, 2003). В достъпната ни литература не бе открито изследване на пациенти с мултиплен соматоформен синдром чрез скалата за соматосензорна амплификация и от тази гледна точка нашето проучване дава скромнен нов принос в тази област. Нашите данни (обща оценка по ССА: ж / м =  $30,5 \pm 5,5$  /  $25,4 \pm 9,9$ ;  $p < 0,01$ ) потвърдиха и предходните находки на редица други автори, че женският пол се свързва значимо с по-голяма склонност към соматосензорна амплификация.

Особен интерес според нас представлява откритата корелативна връзка между интензивността на соматосензорна амплификация и броя на съобщаваните необясними телесни симптоми. Подобни резултати при изследване на пациенти с хипохондриа са получили Schmidt et al. (1994).

Съществуващите до момента малобройни проучвания върху величината на соматосензорна амплификация при соматоформни разстройства и броя на посещенията при ОПЛ не показват значима връзка помежду им. Откритата в

настоящото проучване пряка корелативна връзка между степента на соматосензорна амплификация и броя посещения при лекар (ОПЛ и/или специалист) ни насочват към допускането, че именно характерният за тези пациенти начин за възприемане и преработка на информацията, постъпваща от собственото им тяло, е свързващото звено между първичната патология (телесния симптом) и абнормното поведение при боледуване. Тази находка позволява и да се предположи, че благоприятното повлияване на соматосензорната амплификация чрез разработване на адекватни медикаментозни или немедикаментозни подходи би намалило рязко както оплакванията на соматизиращите пациенти, така и обема на разходите, дължащи се на усилията за тяхното диагностично уточняване, медицинското им обгрижване и намалената им трудоспособност.

## 2.2. СОМАТИЗАЦИЯ И АЛЕКСИТИМИЯ

Много (Salminen, Saarijarvi, Aarela, 1995; Taylor, Bagby, Parker, 1997; Kooiman et al., 2000), макар и не всички (Hiller, Margraf, 1998; De Gucht, Fichler, 2002) съвременни изследвания показват връзка между съобщавани телесни симптоми и алекситимия. Получените в настоящото проучване резултати според нас носят важни поуки в този свой аспект. Общата оценка за наличие на алекситимия се оказва достоверно по-висока при несоматизиращите контроли ( $p < 0,05$ ) – нещо, което на пръв поглед е изненадващо в светлината на резултатите от досегашните многобройни целенасочени изследвания, които най-често са в полза на обратната зависимост. Внимателният анализ на получените данни, обаче, налага два важни извода: 1) налице е изключително широко разпръскване на индивидуалните оценки, т. е. комплексът алекситимни характеристики следва да се възприема като психологична особеност с подчертана интериндивидуална вариабилност и 2) за соматизиращите пациенти наистина са свойствени значимо по-големи затруднения при идентифициране и при описване на собствените чувства (съотв.  $p < 0,001$  и  $p < 0,001$  спрямо контролната група), но в обобщената оценка по ТАС зависимостта обръща посоката си поради значимо по-изразената екстравертираност на мисленето у несоматизиращите пациенти ( $p < 0,001$  спрямо соматизиращите). Така подредени, резултатите изглеждат напълно логични, но налагат и изискването отделните елементи на алекситимния

комплекс, изследвани чрез инструмента ТАС, да бъдат анализирани независимо един от друг.

### 2.3. СОМАТИЗАЦИЯ И АБНОРМНО ПОВЕДЕНИЕ ПРИ БОЛЕДУВАНЕ

Резултатите от настоящото проучване показаха, че при наличие на оплаквания/заболяване поведението на соматизиращите пациенти е значимо по-неадекватно, отколкото поведението на несоматизиращи пациенти при аналогични обстоятелства (налице е значима междугрупова разлика:  $p < 0,001$ ). Соматизиращите пациенти настояват значимо по-често за множество разнообразни прегледи и изследвания ( $p < 0,001$ ); значимо по-често и настойчиво споделят своите оплаквания със значими фигури от околната среда си ( $p < 0,001$ ); имат изразено доверие към прием на фармакотерапия ( $p < 0,001$ ); фиксират трайно активното си внимание върху функционирането на тялото си и върху усещанията, идващи от него ( $p < 0,001$ ). В резултат от симптоматиката си соматизиращите пациенти имат по-изразени нарушения на концентрацията и повече трудности в своето ежедневие, но от друга страна извяват и значимо по-изразена склонност да извличат ползи от ролята на болен ( $p < 0,001$ ).

## **3. ЗДРАВНО-ИКОНОМИЧЕСКИ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА СОМАТИЗИРАЩИТЕ ПАЦИЕНТИ**

### 3.1. СОЦИОДЕМОГРАФСКИ ХАРАКТЕРИСТИКИ

Данните ни за трудова заетост, постигнато ниво на образование, семеен статус и местоживееене на соматизиращите пациенти се припокриват с получените от едно мащабно проучване на белгийското правителство върху ролята на тези фактори за възникване на соматоформна симптоматика, за използване на здравеопазен ресурс и за намалена трудоспособност и производителност поради такива симптоми (Fontaine et al., 2004).

### 3.2. АКТУАЛНИ ТЕЛЕСНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Нашите находки по отношение възраст и наличие на телесни заболявания са сходни със съобщените от Kroenke, Price (1993), Noyes et al. (2000), Kolk et al. (2002), Kolk et al. (2004), Noyes et al. (2005), които също откриват, че нивата на соматизация растат с напредване на възрастта и при наличие на телесни

заболявания. На пръв поглед този факт влиза в противоречие със самата дефиниция за соматизация, но лесно може да се схване, че при тези пациенти наличната соматична болест не може да обясни актуалните преживявани симптоми – т. напр. язвената болест не обяснява упоритото вертиго. Така соматизационният симптом няма етиопатогенезна връзка с наличното телесно заболяване, но може да се свърже с абнормни характеристики на възприемане и обработка на информацията от собственото тяло (или, с други думи - със собствените на тази група пациенти когнитивни особености).

### 3.3. ПРЕКИ ЗДРАВНИ РАЗХОДИ ЗА ОБСЛУЖВАНЕ НА СОМАТИЗИРАЩИ ПАЦИЕНТИ

Резултатите от рисуват подробна картина на изразходвания от соматизиращите пациенти здравен ресурс у нас: в сравнение с несоматизиращите контроли те посещават 2,4 пъти по-често ОПЛ ( $p < 0,05$ ); обръщат се към специалист от извънболничната помощ 6,3 пъти по-често ( $p < 0,001$ ); отиват в спешен център или викат БНМП 5,5 пъти по-често ( $p < 0,05$ ); биват хоспитализирани 4,75 пъти по-често ( $p < 0,001$ ) и, в крайна сметка, използват 2,8 пъти повече дни временна нетрудоспособност поради заболяване ( $p < 0,001$ ). Колкото повече са съобщаваните необясними телесни симптоми, толкова по-интензивна е и употребата на здравни услуги, като най-важни в това отношение се очертават симптомите/признаците, свързани със сърцето. Обемът (по брой и видове) на проведените диагностични изследвания и процедури за изясняване на състоянието е значимо по-голям при соматизиращите пациенти, отколкото при несоматизиращите контроли ( $p < 0,001$  за всички отделни изследвани рубрики).

## VII. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Пациентите с персистиращи соматоформни симптоми се срещат много често в първичната здравеопазна мрежа. Тези симптоми се изявяват в различни комбинации и с различна интензивност, като така формират много по-широк спектър клинични констелации, отколкото наблюдаваните в специализираните психиатрични служби. Съвсем малка част от тези клинични картини покриват диагностичните критерии за соматизационно разстройство.

2. Соматизиращите пациенти разгръщат оплакванията си в най-активния период от своя живот. Тези симптоми персistirат с години, нарастват плавно по честота с възрастта и са значимо по-чести при налично актуално соматично заболяване.

3. Най-често срещаните необясними телесни симптоми, по повод на които се търси медицинска помощ, са: болки в различни части на тялото; палпитации и дискомфорт в областта на сърцето.

4. Прицелната изследвана група (пациенти с мултиплен соматоформен синдром) е ясно отграничима от напасваната по демографски показатели група несоматизиращи контроли по практически всички изследвани параметри:

а) соматизиращите пациенти са значимо по-склонни да преувеличават преживяваните телесни симптоми, като соматосензорната амплификация е особено силно изразена при соматизиращите жени; колкото по-интензивна е соматосензорната амплификация, толкова по-голям е броят съобщавани необясними телесни симптоми, а търсенето на здравни услуги расте;

б) соматизиращите пациенти изпитват значимо по-големи затруднения да идентифицират и опишат собствените си чувства и имат значимо по-малка склонност към екстравертирано мислене;

в) поведението при боледуване е значимо по-маладаптивно при соматизиращите пациенти: те настояват повече за много изследвания и прегледи; съобщават настойчиво оплакванията си на значими за тях фигури от окръжаващото; разчитат прекомерно на фармакотерапия; фокусират трайно вниманието си върху своите телесни усещания и функции; ежедневното им

функциониране е нарушено повече, но и имат по-изразена склонност да извличат ползи от ролята на болен;

г) соматизиращите пациенти са значимо по-често над 40-годишна възраст, по-ниско образовани, несемейни, безработни, живеещи в селски райони;

д) соматизиращите пациенти използват значимо по-голям здравен ресурс: повече прегледи от ОПЛ и извънболнични специалисти; повече търсене на спешна/неотложна медицинска помощ; повече хоспитализации; повече дни временна нетрудоспособност по болест; повече разнообразни диагностични изследвания и процедури.

5. Пациентите със соматоформна симптоматика остават извън ползрението на специалистите по психично здраве.

## **VIII. ПРАКТИЧЕСКИ И ТЕОРЕТИЧНИ ПРИНОСИ И ПРИЛОЖЕНИЯ**

Това е първото проучване на соматизацията и свързаните с нея клинични състояния и психологични, афективни и поведенски модели в историята на българската медицина. В това си качество то би могло да предложи следните най-общи приноси:

1. Проучването показва широката разпространеност на феномена соматизация в цялата му гама клинични изяви в първичната здравеопазна мрежа.
2. Проучването очертава профила на най-често срещаните необясними телесни симптоми в тази среда, което позволява насочване на активното внимание на общопрактикуващите лекари към селективното им изучаване и анализиране.
3. Проучването очертава социо-демографския профил на соматизиращите пациенти в общата българска популация.

4. В проучването се изпробват четири компактни, концептуално ясни и относително лесно приложими инструмента: ССС, ССА, ТАС, САПБ, които обхващат най-важните параметри, подлежащи на изследване при соматизиращи пациенти и се аргументира предложението за бъдещата им широка употреба.
5. Проучването очертава профила на перцептивно-афективно-когнитивните процеси при соматизиращите пациенти и така поставя основа за бъдещи мултидисциплинарни проучвания у нас.
6. Проучването очертава профила на маладаптивно поведение на соматизиращите пациенти, което позволява разработване на специфични корективни стратегии.
7. Проучването насочва вниманието към несъответствието между висок разход на здравен (времеви, личностов, инструментален и финансов) ресурс и ниска удовлетвореност на реалните здравните нужди при соматизиращите пациенти, което информира и насочва изграждане на съответни политики в областта на функциониране на първичната здравеопазна мрежа.



## IX. ПРИЛОЖЕНИЯ

### ПРИЛОЖЕНИЕ 1:

#### СКРИНИНГ ЗА СОМАТОФОРМНИ СИМПТОМИ - ССС

(Screening of Somatoform Symptoms – SOMS)

Моля, отговорете дали сте страдали временно или постоянно от изброените по-долу симптоми през последните две години!

Отбележете само тези симптоми, за които лекарите не са открили ясна причина, но които са повлияли Вашето здраве!

N	СИМПТОМ	ДА	НЕ	N	СИМПТОМ	ДА	НЕ
1.	Главоболне			28.	Недостиг на въздух		
2.	Болка в стомаха			29.	Болезнено или повърхностно дишане		
3.	Болка в кръста			30.	Лесна уморемост при малко усилие		
4.	Болка в ставите			31.	Обезцветяване или петна по кожата		
5.	Болка в крайниците			32.	Загуба на сексуално влечение		
6.	Болка в гърдите			33.	Неприятни усещания в или около половите органи		
7.	Болка в ануса			34.	Нарушена координация		
8.	Болка по време на секс			35.	Парализа или слабост		
9.	Болка по време на уриниране			36.	Трудно преглъщане или «буца» в гърлото		
10.	Гадене			37.	Загуба на гласа		
11.	Подуване			38.	Задръжка на урина		
12.	Дискомфорт в областта на сърцето			39.	Халюцинации		
13.	Повръщане (без бременност)			40.	Загуба на усещане за болка или допир		
14.	Връщане на вече сдъвкана храна			41.	Неприятно вкочавяване или изтръпване		
15.	Хъщане или парещо усещане в гърдите и стомаха			42.	Двойно виждане		
16.	Непоносимост към храна			43.	Слепота		
17.	Загуба на апетит			44.	Глухота		
18.	Лош вкус в устата или силно обложен език			45.	Припадъци		
19.	Сухота в устата			46.	Загуба на памет		
20.	Чести диарии			47.	Загуба на съзнание		
21.	Изпускане на течности от ануса			48.	Болезнена менструация		
22.	Често уриниране			49.	Нередовна менструация		
23.	Учестени изпращения			50.	Обилен мензес		
24.	Силно сърцебиене			51.	Продължително или често повръщане по време на бременност		
25.	Стомашен дискомфорт или усещане за плакнене в стомаха			52.	Обилно вагинално течение		
26.	Изпотвяване (с топла или студена пот)			53.	Липса на ерекция		
27.	Пребледняване или изчервяване						

Следващите въпроси се отнасят до Вашите оплаквания. Ако не сте имал/а оплаквания преминете към въпрос № 64

54. Колко често сте посещавал/а Вашия лекар поради оплакванията си?  
никога    1-2 пъти    3-6 пъти    6-12 пъти    повече от 12 пъти
55. Лекарят откриваше ли причина за Вашите оплаквания?.....да.....не
56. Когато лекарят Ви казваше, че не може да се открие причина за оплакванията Ви, приемахте ли това за вярно?....да.....не
57. Оплакванията Ви нарушаваха ли значително Вашето здраве?....да.....не
58. Оплакванията Ви нарушаваха ли Вашата ежедневна активност?..да.....не
59. Вземахте ли лекарства поради оплакванията си?.....да.....не
60. Имал/а ли сте панически атаки по време на които сте преживявали силна тревога и различни други симптоми, които са изчезвали след минути?...да....не
61. По време на панически атаки ли се появяваха Вашите оплаквания?...да....не
62. Преди 30 годишна възраст ли започнаха оплакванията Ви?.....да....не
63. Колко дълго време сте имал/а тези оплаквания?:  
по-малко от 6 мес.    6-12 месеца    1-2 години    повече от 2 години
64. Страхувате/убедени ли сте, че имате сериозно заболяване, въпреки че лекарите не могат да дадат задоволително обяснение за оплакванията Ви.....да.....не
65. Ако "да": Страхът Ви трае ли повече от 6 месеца?.....да....не
66. Болката поглъща ли цялото Ви внимание?.....да....не
67. Ако "да": Това ли е проблемът Ви от 6 месеца?.....да....не
68. Мислите ли, че имате някакъв дефект във Вашия външен вид, въпреки че другите не споделят това мнение?.....да....не

---

ИМЕ.....ВЪЗРАСТ.....ПОЛ м ж

СЕМЕЕН СТАТУС.....семеен.....разведен.....вдовец/а.....несемеен....

ОБРАЗОВАНИЕ.....висше.....полувисше....средно....основно....без образование

МЕСТОЖИВЕЕНЕ.....град.....село.....

РАБОТЕЦ.....НЕРАБОТЕЦ.....

БЪЛГАРИН.....ТУРЧИН.....РОМ.....ВЛАХ.....ДРУГ.....

ТЕЛЕСНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ.....

.....

ДАТА.....

## СКРИНИНГ ЗА СОМАТОФОРМНИ СИМПТОМИ – УПЪТВАНЕ

68 въпроса, съобразени с дефинициите за соматизационно разстройство в МКБ-10 и DSM-IV, както на дефиницията за соматоформна вегетативна дисфункция в МКБ-10.

### **A. Соматизационен индекс DSM-IV**

Брой на позитивните симптоми (отговори) на следните въпроси:

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-13-16-20-32-34-35-36-37-38-39-40-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-53 ( макс. 33 точки)

Проверка за възможни изключващи критерии и коморбидни проблеми (въпроси 54 - 63):

следните състояния са задължителни за диагнозата соматизационно разстройство според DSM-IV:

въпрос 55 – не; въпрос 54 - най-малко веднъж или въпрос 58 – да; въпрос 61 – не; въпрос 64 - повече от 2 години.

Соматизационен индекс DSM-IV корелира тясно с броя на симптомите на соматизационния синдром според DSM-IV.

За предварителна диагноза на соматизационно разстройство чрез SOMS е необходимо да се съобрази видът и тошката на симптомите (4 болкови, 2 гастроинтестинални, 1 псевдоневрологичен, 1 сексуален симптом).

### **B. Соматизационен индекс МКБ-10**

Брой на позитивните симптоми (отговори) на следните въпроси:

(2)-(4 или 5)-(6)-(10)-(11)-(13)-(14)-(18)-(20 или 21)-(9 или 22 или 38)-(28)-(31)-(33)-(40 или 41)-(52): максимум 14 точки.

Проверка за възможни изключващи критерии и коморбидни проблеми (въпроси 54 - 63).

следните критерии са необходими за диагнозата соматизационен синдром/соматизационно р-во според МКБ-10:

въпрос 54 - най-малко 3 пъти; въпрос 55 – не; въпрос 56 – не; въпрос 57 – не; въпрос 61 – да;

въпрос 63 - повече от две години.

Соматизационен индекс МКБ-10 корелира тясно с броя на симптомите на соматизационния синдром според дефиницията на МКБ-10.

### **V. Индекс Соматоформна вегетативна дисфункция-МКБ-10**

Брой на позитивните симптоми (отговори) на следните въпроси:

(6 или 25)-(11)-(12)-(15)-(19)-(9 или 22 или 38)-(23)-(24)-(26)-(27)-(28 или 29)-(30) - максимум 12 точки.

Проверка за възможни изключващи критерии или коморбидни състояния (въпроси 54-63).

необходими са следните критерии: въпрос 55 - не; въпрос 61 - не.

Този индекс корелира тясно с диагнозата соматоформна вегетативна дисфункция според МКБ-10.

### **Г. Общ сбор**

Брой на всички позитивни симптоми от 1 до 53.

Това е обща оценка за соматизационни синдроми и сравними с тях разстройства (като синдром на хронична умора).

Среден общ сбор на здрави контроли е 5,1

### **Д. Класификация на мултиплен соматоформен синдром (“редуцирано соматизационно разстройство”; SSI 4/6 според DSM-III-R; SSI 3/5 според DSM-IV).**

За мъже: соматизационен индекс DSM-IV – 3.

За жени: соматизационен индекс DSM-IV – 5.

Въпрос 55 - не

Въпрос 61 - не

Въпрос 63 - 6 месеца и повече.

**ПРИЛОЖЕНИЕ 2:**

**СКАЛА ЗА СОМАТОСЕНЗОРНА АМПЛИФИКАЦИЯ – САС (Somatosensory Amplification Scale – SAS)**

Моля, посочете степента, в която всяко от твърденията Ви касае, както следва:

1 = напълно невярно

2 = съвсем малко вярно

3 = малко вярно

4 = значително вярно

5 = напълно вярно.

Оградете с кръгче верния отговор.

ТВЪРДЕНИЕ		СТЕПЕН НА ИНДИВИДУАЛНА ЗНАЧИМОСТ				
		1	2	3	4	5
1.	Не мога да понасям пушек, смог или запрашен въздух.					
2.	Много често осъзнавам различните неща, които се случват с моето тяло.					
3.	Когато се контузя, следата остава видима дълго време.					
4.	Понякога усещам как кръвта ми тече из тялото ми.					
5.	Изненадващите силни шумове ме безпокоят.					
6.	Понякога мога да чуя пулса си или биенето на сърцето си в ушите.					
7.	Мразя да е много топло или много студено.					
8.	Когато съм гладен, бързо усещам спазми в стомаха.					
9.	Дори дребни увреждания - напр. ухапване от насекомо, убождане на тресчица – ме тревожат много.					
10.	Не мога да понасям болка.					

**ПРИЛОЖЕНИЕ 3:**

**СКАЛА ЗА АЛЕКСИТИМИЯ ТОРОНТО-20 - ТАС  
(Toronto Alexythymia Scale-20)**

Отбележете с X в каква степен сте съгласни/несъгласни със съответното твърдение.  
За всяко твърдение давайете само по един отговор.

N	ТВЪРДЕНИЕ	Напълно несъгласен	Частично несъгласен	Нито съгласен, нито несъгласен	Частично съгласен	Напълно съгласен
1.	Често не съм наясно какви чувства изпитвам.					
2.	За мен е трудно да намирам правилните думи, за да опиша чувствата си.					
3.	Имам телесни усещания, които дори лекарите не могат да разберат.					
4.	Способен съм да описвам чувствата си с лекота.					
5.	Предпочитам да анализирам проблемите, вместо само да ги описвам.					
6.	Често не разбирам защо съм тъжен, уплашен или гневен.					
7.	Често съм объркан от телесните си усещания.					
8.	Предпочитам да оставя нещата просто да се случват, вместо да анализирам причините за това, което се случва.					
9.	Изпитвам чувства, които не мога да разпознавам/определям.					
10.	Важно е да мога да разпознавам емоциите си.					
11.	Трудно описвам това, което чувствам към хората.					
12.	Хората ме съветват да описвам по-добре чувствата си.					
13.	Не разбирам какво се случва вътре в мен.					
14.	Често не разбирам защо се гневя.					
15.	Предпочитам да говоря за ежедневието, а не за чувствата си.					
16.	Предпочитам леки забавления пред психологични драми.					
17.	Изпитвам трудност да разкривам чувствата си към близки хора.					
18.	Мога да почувствам близост в моменти на мълчание.					
19.	Намирам проверката на чувствата за нещо полезно.					
20.	Търсенето на скрит смисъл ме отклонява от наслаждението.					

**ПРИЛОЖЕНИЕ 4:****СКАЛА ЗА ОЦЕНКА НА АБНОРМНО ПОВЕДЕНИЕ ПРИ БОЛЕДУВАНЕ - САІВ  
(Scale for Assessment of Illness Behaviour – SAIB)**

Този въпросник ще помогне на Вашия лекар да разбере по-добре здравните ВИ навици.  
Отбележете с X срещу всяко твърдение доколко сте съгласни с него.

№	ТВЪРДЕНИЕ	Напълно съгласен	Частично съгласен	Напълно несъгласен	Частично несъгласен
1.	Обръщам повече внимание на здравето си, отколкото другите хора.				
2.	Когато имам оплаквания, най-напред проверявам в речника какво означават симптомите.				
3.	Във всички случаи се опитвам да се консултирам с известен специалист или професор.				
4.	Имам диагноза от личния лекар, потвърдена от специалист.				
5.	По отношение на диагнозата си винаги търся второ мнение.				
6.	Другите много лесно разбират, когато не съм добре.				
7.	Често се опитвам да обяснявам състоянието си на други хора.				
8.	Когато имам оплаквания, предпочитам да вземам болнични, за да се възстановя напълно.				
9.	Всеки може да разбере, когато боледувам.				
10.	За мен е важно другите да знаят дали съм болен или не.				
11.	Аз продължавам да работя, дори когато имам настинка.				
12.	Винаги проверявам дали моята домашна аптечка е заредена.				
13.	По всяко време имам у дома най-важните лекарства.				
14.	За мен е важно да нося със себе си лекарства винаги, за ги имам при нужда.				
15.	Вече съм използвал алтернативна медицина във връзка с оплакванията си.				
16.	Винаги се опитвам да бъда сред хора, когато е възможно, за да не остана сам и безпомощен в случай на спешен здравен проблем.				
17.	Често другите не възприемат моите оплаквания сериозно.				
18.	Не съм способен да се концентрирам в работата си, когато страдам от телесно оплакване.				
19.	Дори когато имам болки, аз винаги се опитвам да се концентрирам в работата.				
20.	Болезните повлияват начина, по който се отнасям към близки и приятели.				
21.	Винаги, когато имам оплаквания съм опитвал най-различни медикаменти.				
22.	Често се преглеждам, за да не допусна развитието на сериозна болест				
23.	Когато имам оплаквания, винаги наблюдавам много внимателно засегнатата част на тялото си.				
24.	Отдавам голямо внимание на различни неща, които се случват с моето тяло.				
25.	Когато се събуждам, преди всичко наблюдавам дали нямам оплаквания от някоя част на тялото си.				

## **X. СПИСЪК НА ПУБЛИКАЦИИ ПО ДИСЕРТАЦИОННАТА ТЕМА**

### *А. Публикации в международни научни списания:*

1. Natsov, I.I., 2010. Somatization in general practice. Epidemiologic, demographic and socioeconomic data from the first Bulgarian investigation (abstract). J Psychosom Res 68, 651-651.

### *Б. Публикации в български научни списания:*

1. Нацов, И., 2008. Телесно-необясними симптоми в консултативно-свързващата психиатрия и концепцията за соматизация. Рецептор 3, 9-14.
2. Нацов, И., 2009. Социодемографски характеристики на пациенти със соматоформна симптоматика – проучване в общата практика. Рецептор 1, 10-16.
3. Нацов, И., 2010. Проучване върху честотата на соматоформната симптоматика в общата практика. Рецептор 1, 42-48.
4. Нацов, И., 2011. Проучване върху използването на здравен ресурс от пациенти с мултиплен соматоформен синдром в общата практика. Folia Psychiatrica 2, 60-65.
5. Нацов, И., 2011. Проучване върху соматосензорната амплификация при пациенти с мултиплен соматоформен синдром и контрола в общата практика. Рецептор 1, 14-21.

### *В. Съобщения на международни научни форуми:*

1. Natsov, I., Hranov, G., 2011. Somatization in general practice. Incidence, clinical variants, gender distribution, and health expences. XIVth Annual Scientific Meeting of the European Association for Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatics (EACLPP). Budapest, Hungary, June 30 - July 2, 2011.

### *Г. Съобщения на национални научни форуми:*

1. Нацов, И., 2008. Телесно-необясними, соматоформни и функционални соматични симптоми в консултативно-свързващата психиатрия. V национална конференция по психосоматична медицина. София, 13-14.06.2008.
2. Нацов, И., 2008. Проучване върху честотата и социодемографските характеристики на пациенти със соматоформна симптоматика в общата практика. Първи национален конгрес по психиатрия на БПА. София, 7-9.11.2008.
3. Нацов, И., 2009. Проучване върху използването на здравен ресурс от пациенти с мултиплен соматоформен синдром в общата практика. XVII национална конференция на БПА. Русе, 15-18.10.2009. Програма и резюмета, 20-21.
4. Нацов, И., 2010. Проучване върху болестното поведение на пациенти с мултиплен соматоформен синдром и контроли в общата практика. XVIII годишна конференция на БПА. Хисар, 5-7.11.2010. Програма и резюмета, AP2.
5. Нацов, И., 2011. Проучване върху афективно-когнитивни характеристики (Алекситимия) при пациенти с мултиплен соматоформен синдром и контрола в общата практика. XIX Годишна конференция на БПА-Психиатрия-настояще и бъдеще. Октомври 14-16. Програма, стр.3.

## БЛАГОДАРНОСТИ

Преди всичко бих искал да благодаря на професорите Winfried Rief, Lawrence Kirmayer, Artur Barski, Kurt Kroenke, Per Fink, Graham Taylor, Michael Bagby, които ентузиазирано и безкористно ми дадоха достъп до голям масив от информация в проучваната област и до част от собствените си трудове и инструменти.

Благодаря за активното съдействие на общопрактикуващите лекари В. Влахов, Й. Йорданов, М. Иванов, М. Колев, Р. Трифонов, Сергей Симеонов, Симеон Симеонов, Ст. Марчева, Х. Христов, Ю. Йорданов.

Благодаря на проф. д-р Цоньо Цонев, чиято опора усещам и днес.

Благодаря на доц. д-р Георги Койчев, чийто стимул високо ценя.

Сърдечно благодаря на доц. д-р Риналдо Шишков за ценните съвети, обстояните консултации и дългосрочната твърда поддръжка на усилията ми.

Но най-специално, *de profundis* благодаря на доц. д-р Лъчезар Хранов, който тихо и безпристрастно, ненатрапливо, но настойчиво ме подкрепяше през годините; систематично, задълбочено и целенасочено ми подсказваше пътя през хаоса от емпирични наблюдения и теоретични конструкции до практическото реализиране на този труд.

Разбира се, този труд не би бил възможен без обичта и дълготърпеливостта на съпругата ми Светлана и децата ми Велислава и Калоян.



## SUMMARY

The purpose of this study is to examine the main clinical, epidemiological, psychometric and economic characteristics of the phenomenon of somatization presented as multiple somatoform syndrome in general practice. Patients were recruited through screening in 13 general practices (6 urban and 7 rural) with a total of 15,100 registered citizens from district Pleven. Distributed were 816 tests, 608 of which were completed and processed. For disease verification we used Screening for Somatoform Symptoms. After specifying the main sociodemographic characteristics we conducted semi-structured clinical interview based on ICD-10. The diagnosis of Multiple Somatoform Syndrome (MSS) was affixed in the presence of at least three (males), respectively five (for women) unexplained by physical illness somatic symptoms existed continuously during the six months preceding the survey. Thus we formed two groups: target group of 126 patients with MSS and a control group of 142 similar in their demographics nonsomatizing patients. Both groups were tested with Somatosensory Amplification Scale, Toronto Alexithymia Scale-20, Scale for Assessment of Abnormal Illness Behaviour. In order to study the health and economic indices we used medical records of patients. The results showed following prevalence: 1.31% somatization disorder; somatoform autonomic dysfunction - 9.53%; hypochondriasis - 2,30%; dismorfofobia - 0.65%; somatoform persistent pain disorder - 0.98%; multiple somatoform syndrome - resp. 24.67% before clinical interview with ICD-10 and 20.72% after the exam. It turned out that the level of somatization increases with age, and in the presence of actual physical illness. Somatizing patients show marked tendency to somatosensory amplification (more - for women), thereby increasing its intensity, increases the number of reported unexplained physical symptoms and the number of visits to the doctor. For these patients it is particularly difficult to identify and describe their feelings and keep ekstravert focus of their thoughts, although in this sample alexithymia complex has a high interindividual variability. All tested aspects of abnormal illness behaviour (insistence on numerous surveys and studies, share grievances with important figures from background, stressing reliance on pharmacotherapy, permanent fixation of attention on the functioning of the body, striving for gains on the role of the sick) are significantly more pronounced in somatizing patients than in controls. Abnormal illness behavior of patients with MSS

correlated with the magnitude of wasted health care resources (referral to GPs, specialists and emergency services, hospitalization, diagnostic tests and procedures, absenteeism due to illness). It was also established that these patients are often over 40 years, with low education, no family, no job, living in rural areas. These results demonstrate the need for early and full awareness of all practitioners working in this little-studied and described, but very important area of medicine, as well as focus on the development of consultation-liaison psychiatry at the interface between GPs, doctors in the wards of general hospitals and psychiatrists.