

УДК 368.18.32(575.2)(04)

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ К ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ  
ОРГАННЫХ СОМАТИЗАЦИЙ И СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

*М.Р. Сулайманова* – ст. преподаватель,

*А.С. Ким* – канд. мед. наук, доцент

главный психиатр Министерства здравоохранения КР

Актуальность теоретических концепций обуславливает уточнение механизмов аффекта соматизации и, соответственно, диагностики и терапии. Целенаправленно уделяется внимание структуре феномена соматизации при органических соматизациях и соматоформном синдроме. Обозначаются четкие границы неоднородных групп расстройств, рассматриваемых в контексте психосоматических нарушений.

*Ключевые слова:* механизм аффекта соматизации.

В большинстве руководств по биологической терапии психических расстройств раздел по лечению соматизированных расстройств (СР) либо содержит негативную информацию об отсутствии проверенных эффективных методов терапии, либо такой рубрики нет вообще. Так, в обширном руководстве по психофармакологии под редакцией Schatzberg и Nemeroff (1998) данных по терапии СР нет. Kaplan и Sadock (1997) рекомендуют с осторожностью назначать таким пациентам психотропные средства. Даже в работах, специально посвященных этой проблеме Kellner (1996), указано, что рекомендации по терапии в этой области являются лишь предварительными и будут меняться в ходе дальнейших исследований в этой области [1–3]. Терапевтическая неудовлетворенность закономерно согласуется с неудовлетворенностью диагностической.

Выделение СР как “наднозологической патологии” предполагает проведение лечения соответствующих расстройств с учетом их клинических проявлений. Большинство исследователей основной психофармакологической мишенью обозначают проявления расстройства настроения и тревоги коморбидным соматоформным симптомом [4–6]. Концепция “коморбидности” – удачный методологический ход для исследователя, обеспечивающий ему позицию нейтральности по вопросу качественных связей между симптомами соматического и психического. В рамках такого подхода неотъемлемой задачей является установление границ “сосуществующих” соматических и психических симптомов.

Функциональность континуума психических и соматических симптомов на уровне предъявляемых жалоб чаще всего согласована с адресатом специализации врача-интерниста. При этом жалобы соматического регистра с выраженной вегетативной компонентой достигают уровня формирования своеобразной соматичности состояния, но не соматизированности, что предопределяет диагностическую и терапевтическую сопоставимость с существующими сегодня болезнями, известными и обозначенными в МКБ-10 [7, 8]. Актуально выделение группы расстройств, которая не соответствует классификационным стандартам, но предъявляет клиницисту-исследователю ряд достаточных оснований для целенаправленной дифференцированной клинической оценки, основанной на феноменологии.

Таким образом, рассматривается достаточно однородная группа расстройств, которая, во-первых, представляет собой установление границ сосуществующих соматических и психических симптомов. Во-вторых, меняет в практической плоскости непосредственно термин “коморбидность” в контексте функциональности как психического, так и соматического симптома, что приводит к новому пониманию сосуществования симптомов психического и соматического регистра и одновременно иллюстрирует возможность оценки индикатора качества проявлений симптома и синдрома в контексте социального функционирования. В-третьих, социальное функциониро-

вание приобретает индикатор качества оптимизации диагностического и терапевтического поиска с уточнением параметров качества жизни с учётом этнокультуральных особенностей в условиях уже нозологической принадлежности, требующих от существующих классификаций (МКБ-10, DSM-IV) самостоятельных культурально зависимых диагностических указаний.

Следующий подход к проблеме психотропной терапии СР основан на понимании соматического симптома как клинического фасада “маскированного” психопатологического синдрома. Обычно речь идет о депрессии или тревоге [2, 9–11]. В рамках такого подхода нет существенной разницы между терапией СР и клинически скрытого им синдрома. Продолжительность аффективного расстройства во взаимосвязи с темпераментом действительно обретает форму декоративных психосоматических сдвигов, что не находит реального отражения на всех уровнях оказания медицинской помощи таким пациентам. Следовательно, попытка признания психосоматического взгляда на феномен маскированности по существу совершенно противоречит классическому психосоматическому подходу. Таким образом, оторванность психопатологического синдрома от общей картины соматоформного синдрома вводит в заблуждение как психиатров, так и врачей-интернистов, прежде всего, на стадии оказания медицинской помощи.

Наличие определённого диапазона терапевтических вмешательств способствует сохранению условной дихотомии психического фактора и соматического фактора и обуславливает развитие причинных факторов для порой надуманной интегративной модели из-за недостаточности учебных образовательных программ при подготовке врачей общемедицинской практики.

Таким образом, “маскированность” как психотропного, так и соматотропного лечения косвенно нивелирует аффект тревоги и депрессии и приводит к рассогласованию существующих сегодня клинических подходов диагностики и терапии органических соматизаций и соматоформных расстройств (СФР).

Другая группа исследователей предлагает свой подход к клинической концептуализации расстройств, в широком смысле именуемых соматизацией [2, 9, 12] и, следуя этим концепциям, составляют терапевтические рекомендации.

Феномен соматизации представляет группу расстройств, в основе которых лежат механизмы психической адаптации и поведения,

что даёт основание считать феномен соматизации клинико-психологическим образованием. Противоречивость взглядов и концепций по отношению к феномену соматизации кумулирует в себе свойство неоднородности, гетерогенности и разночтений. Целесообразно признание осевых признаков соматизации как механизмов психической адаптации и поведения и дополнительных, сформированных на целенаправленном опросе пациента, что актуализирует вопросы эффективной и грамотной коммуникации с целью оптимизации терапевтических вмешательств.

Таким образом, осевыми признаками такого клинико-психологического образования, как феномен соматизации, являются механизмы психической адаптации и поведения, дополнительными – культурально зависимые признаки, сформированные на структуре целенаправленного опроса и клинической оценке пациента врачом.

Характеризуя весь спектр исследований, посвященных проблемам обозначенных расстройств, можно выделить два рода таких работ. К первому относятся работы, посвященные клинической теории. В них проблемы фармакотерапии занимают подчиненное положение. Ко второму относятся работы, в которых описываются результаты по эффективности и безопасности конкретного лекарственного препарата, что также не вполне отвечает на вопрос об общих психофармакологических возможностях для этой популяции пациентов.

#### Литература

1. *Ким А.С.* Соматоформный синдром и феномен соматизации / КГМА. – Бишкек, 2007. – 107 с.
2. American psychiatric association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition. – Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.
3. *Bell I.R.* Toxicology and Industrial Health, 1994, №10. – P. 277–312; *Besber R.J., Rodney W.M.* // Psychosomatics. – 1984. – V. 25. – P. 39–46.
4. *Смулевич А.Б., Тиганов А.С., Дубницкая Э.Б. и др.* Ипохондрия и соматоформные расстройства. – М., 1992. – 176 с.
5. *Kim A.S.* Studying of clinical-psychological mechanisms at bipolar affective disorders at bilingual and monolingual patients with somatizing. Тезисы. Доклад. // 2nd Biennial Conference for the International Society of Bipolar Disorders, Edinburgh, Scotland, August 2-4, 2006. Poster session. Poster wall is: P. 207-238.

6. *Lipowski Z.J.* // *Am.J. Psychiatry.* – 1988. – V. 145. – № 11. – P. 1358–1368.
7. МКБ-10: Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. – СПб., 1994. – С. 300.
8. МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. – Женева, 1994. – С. 208.
9. *Ким А.С.* Клинико-психологические подходы дифференциальной диагностики формирования процесса соматизации аффективных расстройств: Автореф. дис... канд. мед. наук. – Бишкек, 2001. – 23 с.
10. *Kim A.S.* Structure of affective components of the somatoform disorders. //14th European congress of psychiatry. Nice, France ,march 4-8 2006 Poster Session 1: K A.S Anxiety Disorders which will take place on 05/03/2006.
11. *Kim A.S.* Diagnostic, clinical magnificence of somatoform syndrome // 15th European Congress of Psychiatry, which will take place in Madrid, Spain, March 17–21, 2007. Poster Session. poster wall is. – P. 27–139.
12. *Kim A.S.* Somatoform syndromes at the anxiety-depressive and psychosomatic disorders. Тезисы Устный доклад. // World Psychiatric Association International Congress to be held in Melbourne, November 2007. O-34-87. – P. 301.